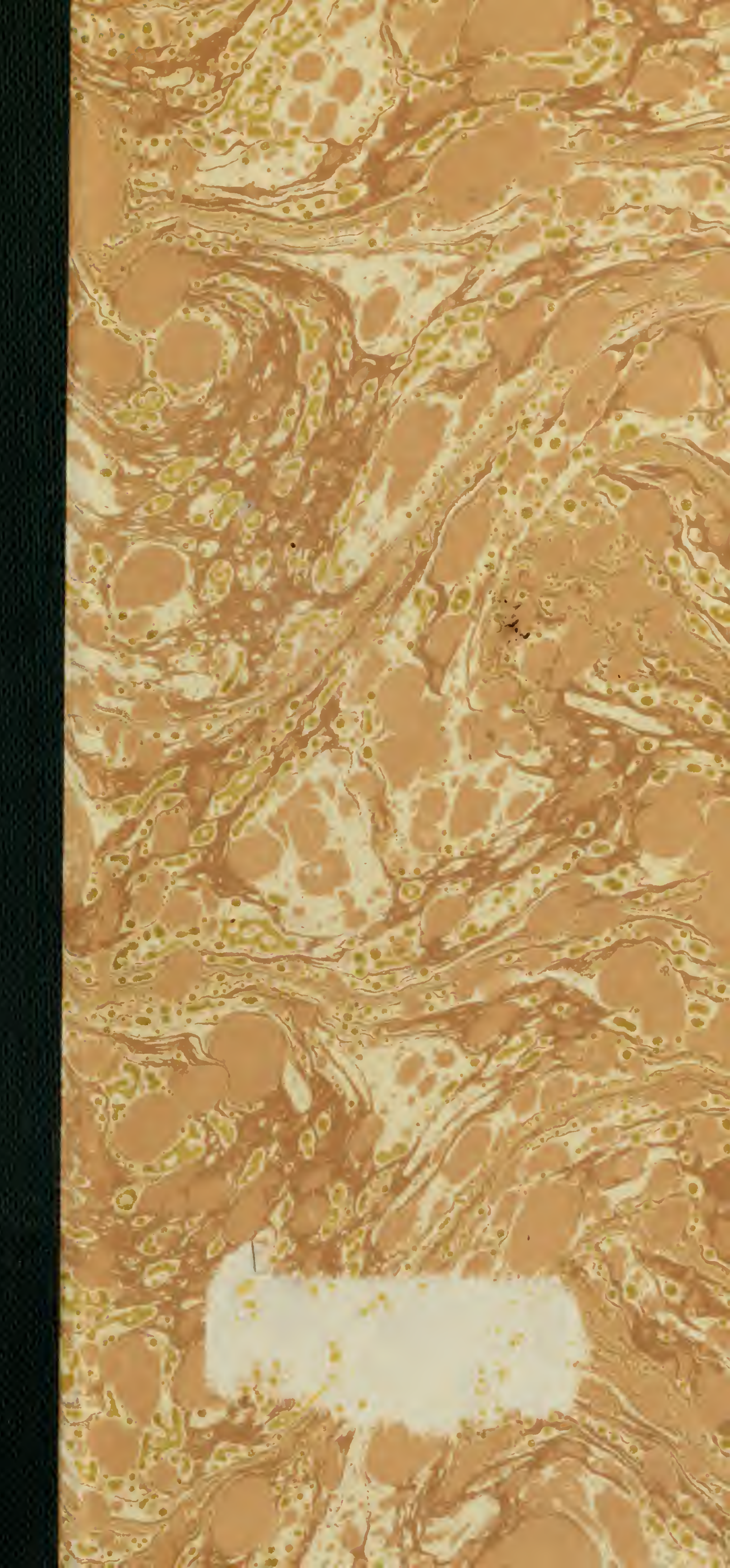




ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

FOLIE HÉRÉDITAIRE

(LES DÉGÉNÉRÉS)

PAR

Le Dr H. SAURY

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1886

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

FOLIE HÉRÉDITAIRE

DU MÊME AUTEUR

Des troubles intellectuels dans la Paralysie générale. Thèse de Paris, 1879.



5062-85 — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

(No Loan

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

FOLIE HÉRÉDITAIRE

(LES DÉGÉNÉRÉS)

PAR

Le Dr H. SAURY

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE


BIBLIOTHEQUES
LIBRARIES
No LOAN
1977
538
1886

AVANT-PROPOS

La faveur qui accompagne, même en dehors du public médical, les questions de pathologie mentale, s'explique suffisamment par les attributions considérables dont elles gardent le privilége.

Débordant, de plus en plus, le cadre spéculatif, ici, la psychologie morbide éclaire le magistrat trop souvent disposé, par esprit professionnel, à invoquer la responsabilité criminelle contre toutes défaillances de la volonté, jusqu'à celles que réclame la seule fatalité organique ; là, elle apprend à considérer l'*âme humaine* (j'entends l'ensemble des facultés intellectuelles et morales) non point comme une propriété indépendante et abstraite, mais comme la résultante du fonctionnement cérébral.

Aussi, le jurisconsulte l'appelle-t-il depuis longtemps à son aide, et l'on peut entrevoir le jour où, de son côté, la philosophie, abandonnant les traditions nuageuses de la métaphysique pour la méthode expérimentale, adoptera décidément la formule : « Tel organisme, telle personnalité (1) ».

(1) Th. Ribot, *Les maladies de la personnalité*. Paris, 1885.

Le champ ouvert au médecin n'est pas moins vaste dans le domaine clinique, et alors même qu'il se limite à certaines recherches, il se double d'un grand intérêt.

« Existe-t-il, oui ou non, des individus, malades par lésion intellectuelle ou par altération morale, en face desquels un médecin expérimenté ait le droit ou le pouvoir de prononcer ce jugement : *Voilà la folie héréditaire?* Veut-on dire simplement par là que cette perturbation mentale prend sa source dans l'hérédité? Non, la constatation est autre; elle signifie que le sujet auquel s'applique ce verdict, doit offrir, dans la nature, la forme et l'aspect de ses dispositions maladives, certains signes réalisant une individualité propre dans l'ordre des manifestations psychopathiques; étrange type morbide pour lequel le fait d'être malade n'est plus une anomalie suffisante et qui exagère la déviation jusqu'à être anormal dans la maladie même! »

Cet extrait du rapport de M. le Dr Garnier (1) paraphrase avec concision, mais de la façon la plus claire, la question posée par la Société médico-psychologique, pour le prix Aubanel de l'année 1884 : *Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire*, *en l'absence de notions sur les antécédents? — Exposer ces caractères.*

J'ai tenu à citer le passage, parce qu'il résume excellemment l'esprit qui m'a guidé dans cette étude.

(1) Séance de la *Soc. méd. psych.* du 28 avril 1884 : *Rapport de la Commission du prix Aubanel.* In *Ann. méd. psych.*, juillet 1884, p. 125.

En effet, peu de sujets, en aliénation mentale, ont soulevé autant d'interprétations que celui-ci : de l'influence étiologique de l'hérédité sur le développement de la folie. Et d'abord, que faut-il entendre par l'expression de « folie héréditaire » ?

Pour nous, *hérédité* et *folie* représentent deux termes connexes, impossibles à séparer. Un accès vésanique ne saurait éclater de toutes pièces, comme incident fortuit ; la cellule cérébrale n'est pas plus apte à créer du délire, sans prédisposition, qu'une terre végétale à fructifier, sans semence. D'autres causes peuvent intervenir (pour retarder ou accélérer un résultat préparé d'avance), mais elles se bornent au rôle de ces événements secondaires et accessoires se montrant dans le cours d'une action principale. Elles figurent l'étincelle qui provoque l'incendie, à la condition nécessaire, indispensable, qu'elle tombe sur des matériaux favorables à l'explosion.

Cependant, si la modification congénitale revendique toujours ses droits, elle n'agit pas constamment avec la même puissance. Ses produits ne sont pas identiques, et son influence plus ou moins profonde, par conséquent variable, détermine, suivant son degré, tel ou tel type de folie. En définitive, la question à traiter se réduirait à la proposition suivante : *Existe-t-il des aliénés présentant, aux points de vue diagnostique et pronostique, des caractères distincts de la folie ordinaire ?* Nous démontrerons que ces signes se rencontrent, mais seulement chez une catégorie spéciale d'héréditaires : j'ai nommé les *dégénérés*.

J'ai donné à ce travail, récompensé par la Société

médico-psychologique, des proportions plus étendues que lors de sa présentation. Les observations, plus nombreuses, élargissent la partie anecdotique, et si toutes ne sont pas inédites, celles-là mêmes que j'ai dû emprunter à différents auteurs perdent, en regard des nôtres, leur signification première moins conforme certainement à la réalité des faits. Quant au fond principal, basé sur la clinique, conçu d'après l'œuvre de Morel et surtout d'après l'enseignement de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne, je l'ai conservé dans ses grandes lignes.

Après un premier chapitre de préliminaires historiques sur la question et de considérations générales sur l'hérédité, j'ai examiné le dégénéré successivement dans ses dispositions physiques, intellectuelles et morales, et finalement dans sa formule délirante.

Anomalies cérébrales; — syndrômes épisodiques; — délire; — tels sont les trois grands aspects sous lesquels j'ai envisagé cet héréditaire spécial.

Un chapitre a été consacré, en grande partie, à l'étude médico-légale.

En dehors des faits nombreux que j'ai cités dans le courant de la description, j'ai détaillé *vingt-quatre* observations à l'appui. La plupart me sont personnelles; quelques-unes m'ont été communiquées directement; j'ai puisé les autres dans divers ouvrages.

Des conclusions précises découlent méthodiquement de la discussion.

Un index bibliographique, aussi étendu que possible, termine ce travail.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

FOLIE HÉRÉDITAIRE

(LES DÉGÉNÉRÉS)

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES HISTORIQUES ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Dans l'état normal comme dans l'état morbide « l'hérédité c'est la loi ». — Diathèse vésanique. — Résultats des statistiques. — Conditions multiples de l'hérédité. — Critique des folies diathésiques. — Hérédité de métamorphose. — Consanguinité. — Sélection morbide. — Hérédité similaire. — Tendances au suicide. — Génie et folie. — Distinction entre l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré. — Monomanies. — Folies raisonnantes et folies avec conscience. — Dégénérés de Morel. — Méthode de Magnan.

La loi d'hérédité formulée par Darwin et dont relèvent tous les êtres organisés s'applique non seulement à la transmission des caractères normaux, mais encore à celle des états morbides, surtout en ce qui concerne le domaine de la folie. Quelquefois, il est vrai, l'équilibre mental peut se détruire en l'absence de toute aptitude native; il est également certain que la prédisposition n'engendre pas fatalement la maladie; mais l'on doit ajouter

avec Morel (1) que c'est dans l'étude des influences héréditaires qu'il faut chercher la solution de la plupart des faits de la pathologie mentale.

Certes, les conditions qui président à ces influences sont multiples et parfois obscures; leurs causes, leurs modes d'action sont variés. Il est souvent impossible de saisir la succession des phénomènes qui ont fini par créer les variétés morbides, de même qu'il est difficile de suivre la série *dégénératrice,* du jour où elle se forme jusqu'au moment où elle se termine par la stérilité ou par la mort. Mais que l'hérédité soit directe ou lointaine, que le défaut primordial épargne une génération intermédiaire, ou se montre chez les collatéraux, laissant indemnes les parents directs, la diathèse vésanique existe au même titre que toute autre diathèse organique.

D'après Esquirol et Baillarger, la folie se transmettrait plus souvent aux enfants par la mère que par le père. Je n'ai pas à contrôler ce point, me bornant à le mentionner, mais il importe de retenir que le rôle prépondérant de l'hérédité dans l'étiologie de la folie est généralement reconnu. « L'hérédité, dit Luys (2), domine l'ensemble des phénomènes de la pathologie mentale avec la même suite, la même énergie que, dans une même lignée, on voit dominer les ressemblances physiques et morales. » Il n'y a pas, pour Griesinger (3), de cause plus puissante de folie que l'hérédité. Cependant les

(1) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.* Paris, 1857. — Le même auteur a noté l'impuissance et la stérilité des dégénérés à la quatrième génération.

(2) Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales.* Paris, 1881, p. 216.

(3) Griesinger, *Traité des maladies mentales.* Trad. franç., 1865, p. 179.

résultats des statistiques ne s'accordent pas toujours. Marcé (1) et Luys (2), par exemple, admettent l'intervention de l'hérédité dans les neuf dixièmes des faits. La proportion donnée par Billod (3) est même plus grande : d'après cet auteur, sur quinze mille aliénés chez lesquels il a trouvé les caractères de la folie héréditaire réunis, le chiffre des cas dans lesquels il n'existait aucune trace d'affection nerveuse à quelque degré que ce fût, chez les ascendants directs ou chez les collatéraux, n'a pas dépassé quinze. Dans d'autres recueils, le rapport varie entre 50, 30, 10 p. 100, et même moins. Les quarante-cinq statistiques rassemblées par Legrand du Saulle (4) marquent un écart de 4 p. 100 à 85 p. 100.

Ces contradictions sont plus apparentes que réelles ; il suffit, pour les expliquer, de se reporter aux points de vue spéciaux des différents auteurs, au milieu pathologique qui leur a servi de base.

« Dans les recherches étiologiques de certaines maladies, il est souvent difficile d'arriver à la connaissance de la vérité ; ceci est plus vrai encore pour la folie que pour toute autre affection. » Cette remarque de Morel (5) est d'autant mieux fondée que, sans parler des circonstances où les parents, subissant un préjugé vulgaire, cachent avec un soin jaloux leurs antécédents de famille, l'hérédité vésanique offre elle-même des éléments dont la complexité n'est pas toujours commode à démêler.

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862.

(2) Luys, *loc. cit.*, p. 223.

(3) Billod, *Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité ;* in *Ann. méd. psych.*, mars 1879, p. 198.

(4) Legrand du Saulle, *Leçons sur la folie héréditaire*. Paris, 1873.

(5) Morel, *loc. cit.*, p. 343.

Parfois, et bien à tort, on ne tient pas compte de la ligne collatérale. L'erreur provient souvent de ce que l'examen porte, d'une façon exclusive, sur l'aliénation proprement dite. Pour rendre à l'hérédité toute sa valeur, on doit, en effet, l'envisager sous un aspect plus large que la transmission des ressemblances maladives. A côté de l'hérédité similaire, l'hérédité de métamorphose revendique sa part.

Aussi bien, n'en faudrait-il pas étendre l'application au delà de certaines limites, et c'est ici le lieu de mettre en cause le groupe des *folies diathésiques.*

Lucas (1), un des premiers, avait signalé l'existence d'affections nerveuses chez des enfants de rachitiques et de scrofuleux. Ce point n'est pas douteux, mais ce qui peut être contesté, c'est, d'abord, la transformation directe en vésanies, des maladies constitutionnelles n'atteignant pas spécialement le système cérébro-spinal; c'est plus particulièrement encore la relation étroite indiquée par Clouston entre la tuberculose et la folie, car le médecin anglais n'a pas hésité à faire de la *folie des phthisiques* une forme mentale déterminée. D'autres auteurs, en France et à l'étranger, ont également décrit, à côté d'une folie tuberculeuse, des folies rhumatismale, goutteuse, syphilitique, etc. Dans le classement des maladies mentales adopté par Maudsley (2), on trouve une folie de la puberté, une folie de la masturbation, une folie de la ménopause.

La clinique, hâtons-nous de le dire, repousse une

(1) Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle.* Paris, 2 vol., 1847-1850.

(2) H. Maudsley, *La Pathologie de l'esprit.* Trad. du Dr Germont. Paris, 1883.

connexion aussi intime. Que la phthisie, la scrofule, la syphilis, etc., que toutes les conditions morbides invétérées puissent, à la longue et par effets successifs, aboutir à la déchéance de l'espèce ; que, d'un autre côté, la folie soit, comme l'a soutenu Morel, dans la presque généralité des cas, un état de dégénérescence, nous n'y contredisons pas, mais un rapport plus direct est certainement discutable. Les diathèses, l'état maladif d'un organe ou d'une fonction, peuvent intervenir comme causes déterminantes, mais leur influence reste accidentelle. Il n'est pas moins acquis que les folies dénommées *diathésiques* n'ont pas de caractères spéciaux capables de leur créer une place distincte dans la classification. L'erreur est venue de ce qu'on a donné à un symptôme saillant, mais passager, l'importance de l'espèce pathologique.

En fait, l'aptitude délirante, qu'elle s'exerce de loin ou de près, par atavisme ou d'une façon immédiate, puise ses éléments dans l'héritage neuro-psychopathique (1). C'est le degré de la modification qui explique la physionomie si variée des prédisposés; car le point fondamental accepté, que de modalités et de manifestations pour ainsi dire infinies!

Tout d'abord, si la folie des enfants trouve son compte dans la situation déjà anormale des parents, il s'en faut qu'une vésanie proprement dite ait besoin d'être invoquée. Les névroses convulsives, l'alcoolisme, une altéra-

(1) Une réserve est ici nécessaire. Il existe, en effet, des individus dont les troubles cérébraux se présentent avec les allures d'une affection congénitale, et pour lesquels les renseignements restent négatifs au point de vue de la transmission familiale. Ce sont des sujets à lésions organiques acquises dès le jeune âge, à la suite de maladies aigües; dès lors, ils ont subi une modification semblable à celle que les héréditaires apportent en naissant.

tion quelconque du centre cérébro-spinal, peuvent créer la réceptivité. Fréquemment il suffira d'un germe bien simple en apparence : la filiation de certains aliénés n'accuse que des gens nerveux, impressionnables, à penchants bizarres ou extravagants. Dans un autre ordre de circonstances, une grande disproportion d'âge entre les époux, l'état physique et moral au moment de la conception ou durant la grossesse, représentent des conditions qui ne sont pas négligeables. Signalons enfin, d'après Marcé (1), le rôle déplorable qu'exerceraient les mariages consanguins au point de vue des dégénérescences de la race. Mais les chiffres relevés par Ribot (2) sont loin d'être défavorables à la consanguinité.

Les résultats de l'union entre personnes de la même famille n'ont pas encore été assez élucidés, dans l'espèce humaine, pour qu'il soit possible d'en tirer des conséquences formelles. En réalité, selon la remarque de Maudsley (3), « le danger des mariages consanguins vient surtout de ce que les individus ayant hérité des mêmes particularités de nature, et avant vécu dans les mêmes conditions extérieures, ces particularités se sont développées, et aucune variation n'a pu s'établir. » Il n'est donc pas douteux que, si la race est indemne de toute tare, les produits de la consanguinité puissent être excellents.

Mais, il faut bien le dire, les conclusions deviennent autrement fâcheuses si l'on change les termes de la proposition. A cet égard, ce qui est vrai pour les unions con-

(1) Marcé, *loc. cit.*, p. 111.
(2) Ribot, *L'Hérédité psychologique*. Paris, 1882, p. 354.
(3) Maudsley, *loc. cit.*, p. 129.

sanguines subsiste également, ainsi que l'a démontré le Dr Jacoby (1), pour les mariages entre individus que la naissance, la richesse ou le talent ont placés au-dessus de la foule. La déchéance progresse alors d'autant plus vite que la sélection s'ajoute à l'hérédité morbide. On peut contester l'explication de Jacoby (2) sur la loi de dégénérescence frappant toute élévation intellectuelle ou sociale; mais ce qu'il a prouvé par nombre de faits convaincants, c'est l'existence de cette loi qui atteint non seulement la famille, mais la collectivité, non seulement une génération, mais la race. C'est ainsi que la dynastie des Césars (exemple parmi beaucoup d'autres) fut entraînée graduellement vers la folie et la mort. « C'est ainsi, conclut l'auteur, qu'une nation civilisée, arrivée au faîte, descend fatalement la pente. Le même phénomène de sélection qui l'avait rendue intelligente, énergique et productive, finit par l'épuiser complètement. »

De ce que l'hérédité de métamorphose est la règle, s'ensuit-il que l'hérédité similaire n'existe pas ? Évidemment non.

Par hérédité de *métamorphose*, j'entends ici les cas où telle affection du système nerveux s'est transformée en aliénation vraie, en passant des ancêtres chez les descendants, et ceux aussi dans lesquels la vésanie préexistante a simplement revêtu une autre forme. A l'hérédité de

(1) P. Jacoby, *Étude sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme*. Paris, 1881.

(2) Le pouvoir ou le talent exercerait une action dissolvante sur le *moi* de manière à produire dans la vie cérébrale un trouble fonctionnel dont la nature et le caractère seraient identiques à ce que l'on trouve au début des maladies mentales et des affections nerveuses graves.

similitude se rattachent les faits où l'anomalie intellectuelle, le délire, se sont reproduits chez les enfants, avec les mêmes caractères que chez les parents.

« On en a vu, dit Moreau (de Tours) (1), perdre la tête, sous l'influence des mêmes causes, à la même période d'existence que le père ou la mère. » La transmission de certaines tendances est, en effet, remarquable. La plupart des auteurs rapportent, pour la disposition au suicide surtout, les exemples les plus probants. Esquirol a connu une famille dans laquelle la grand'mère, la mère, la fille et le petit-fils se sont suicidés. Dans un cas cité par Gall, le père et les sept enfants, jouissant tous d'une bonne santé, d'une grande fortune, de la considération générale, se sont donné la mort dans l'intervalle de trente à quarante ans. Griesinger a également noté que la propension au suicide peut se manifester au même âge chez tous les membres d'une même famille.

J'ai eu, quant à moi, l'occasion d'observer cette particularité chez un malade, âgé de soixante et onze ans, dont le trouble mental s'est traduit, il y a quelques mois seulement, par des idées avec tentatives répétées de suicide. On n'avait constaté antérieurement chez lui qu'un peu de sensiblerie. M. X... est d'ailleurs lucide, il se rend parfaitement compte de ses conceptions maladives, il les trouve absurdes, sans raison d'être; mais quand elles se présentent, ajoute-t-il, c'est sous la forme d'une obsession invincible. Le grand-père et le père de M. X... ont subi les mêmes tendances, à des époques semblables de leur vie.

Il serait inutile de multiplier les citations de ce genre,

(1) Moreau (de Tours), *Psychologie morbide;* Paris, 1859, p. 168.

mais le fait suivant présente un côté tellement lugubre qu'il mérite d'être mentionné. L'observation est détaillée par Maccabruni (1), et je la transcris d'après l'analyse qui en a été faite dans les *Annales médico-psychologiques*. C'est l'histoire d'une de ces familles qui paraissent vouées, par une inexorable fatalité, à disparaître par le suicide de presque tous leurs membres. Il s'agit d'un père qui a eu cinq fils et deux filles. Sur les cinq fils, un a péri de mort violente, en Amérique ; deux se sont suicidés ; sur les deux qui restent, un seul, l'aîné de tous, paraît vivre dans d'assez bonnes conditions d'équilibre mental. L'autre, le troisième par l'âge, est tourmenté de la façon la plus cruelle par le désir de se tuer ; c'est seulement par considération pour sa femme que, jusqu'à présent, il a pu résister à cette violente impulsion. Des deux filles, une vit encore ; l'autre s'est empoisonnée avec du phosphore : trois de ses enfants avaient déjà succombé par mort volontaire, lorsque leur père se suicida, à l'âge de soixante-deux ans. Douze ans plus tard, le fils de celui qui était mort en Amérique se tua à son tour. Chose remarquable, les quatre hommes se sont servis, pour se suicider, du même pistolet !

Pour compléter la formule de l'hérédité, il nous reste encore d'autres conditions à signaler. C'est ainsi qu'il faut admettre que la transmission de la folie n'est pas fatale. Il ne suffit donc point de relever des cas d'aliénation dans l'ascendance d'un individu pour le vouer inévitablement à la chute.

Ou bien, les enfants tombent dans la folie avant même

(1) In *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1er avril 1884. — Analyse in *Ann. méd. psych.*, mai 1884, p. 361.

qu'un trouble mental éclatant se soit révélé chez les parents, ces derniers pouvant rester indemnes ou n'être frappés que plus tard. Entre autres faits que je pourrais citer, j'ai vu, dans le service de Magnan, une femme qui a eu son premier accès mélancolique avec impulsions au suicide, à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Une de ses filles était déjà atteinte de délire chronique; une seconde présentait des bizarreries.

Enfin, dans le même foyer, à côté de fous ou de débiles, il est possible de rencontrer des hommes supérieurs. « Pour ma part, dit Aug. Voisin (1), je connais une famille dans laquelle un fils, peintre d'un talent approchant du génie, est le frère de deux idiots et d'un aliéné, et a pour mère une hystérique. »

Les exemples de ce genre viennent, en grand nombre, confirmer la proposition de Moreau (de Tours), à savoir que « Folie et génie sont congénères, *in radice conveniunt* (2). » Certes, il ne faudrait pas aller trop loin dans cette assimilation, et surtout vouloir estimer au même titre les œuvres qualifiées de géniales et les élucubrations de la folie. Des conclusions d'une telle nature deviendraient inacceptables; mais ce n'est pas dans ces termes que l'auteur a exposé sa théorie, dont voici les vraies limites : « Les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité de ses pensées et de ses conceptions, par son excentricité ou l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source

(1) A. Voisin, Art. *Hérédité;* in *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1873, t. XVII, p. 453.

(2) Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 493.

dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont le modèle le plus complet. » Ainsi comprise (et si l'on ajoute qu'à l'activité anormale de l'individu répond, dans sa postérité, un arrêt de développement), la thèse se dégage de son abord paradoxal et reçoit la consécration la plus frappante.

Je sais bien qu'on a opposé à cette doctrine des raisons qui ne paraissent pas sans valeur. On a dit, notamment, que le génie devait être considéré à la fois comme l'expression la plus haute des facultés intellectuelles et morales, et comme le symbole de l'harmonie la plus absolue de ces mêmes facultés.

Il faudrait alors s'entendre sur cette signification précise, et, à ce compte, quels seraient les génies reconnus? N'est-il pas plus exact de soutenir que la plupart de ceux auxquels on accorde cette distinction, pour ne pas dire tous, ont offert dans leur manière d'être un côté défectueux? C'est, du moins, ce qui semble résulter des documents relatifs à l'envers des grands hommes.

Je renvoie le lecteur désireux de s'en convaincre, à la revue biographique qui termine l'ouvrage de Moreau (de Tours). Sa notice est d'autant plus concluante qu'elle vise tous les ordres de supériorité intellectuelle (arts, littérature, sciences) : à côté du Tasse et de Mozart, on trouve Cromwell et Richelieu, Descartes et Fourrier, Newton et Kepler (1).

(1) Que l'on se tourne vers les célébrités contemporaines ou vers les grands morts historiques, il est, en somme, peu de faits en désaccord avec la théorie. La série serait longue, si on voulait la poursuivre, même en la restreignant aux esprits dont les travaux paraissent exiger le plus de pondération cérébrale. Ne pourrait-on pas invoquer une part d'influence de l'état anormal, chez Ampère, l'illustre savant français, dont les distractions, connues de tous, tiennent parfois de la légende ? — Et que penser des étranges

La multiplicité des conditions qui président à la transmission psychopathique dont les différents termes viennent d'être examinés, explique jusqu'à un certain point que l'on ait si longtemps méconnu le vrai rôle de l'hérédité. On était loin, d'ailleurs, d'avoir même entrevu la filiation des phénomènes pathologiques héréditaires. Il était réservé à Morel d'en saisir les rapports, d'en établir l'enchaînement, et, tout en étendant la question, de lui donner un sens plus précis. Ses études sur les *dégénérescences physiques, morales et intellectuelles* de l'espèce humaine (1857), en le portant à créer le groupe des dégénérés, allaient poser les premiers jalons. Elles permettaient déjà de conclure que la transmission n'est pas uniforme, qu'entre l'hérédité atténuée et l'hérédité accumulée il y a place pour des réactions diverses, constituant ainsi des catégories spéciales parmi les aliénés.

La distinction entre l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré n'est certes pas subtile. Si, dans les deux cas, l'organisme est préparé d'avance à contracter la folie, que de différences immédiates ou prochaines! D'un côté, nous trouvons un individu dont la prédisposition ne s'accompagne d'aucun signe pathognomonique. Loin d'être irrémédiablement modifié dès le début, au point de vue intellectuel ou physique, il peut rester sain toute sa vie. Il est bien en puissance de la diathèse vésanique, mais d'une façon latente, et rien ne trahit au dehors le

faiblesses du célèbre Bacon, le fondateur de la méthode expérimentale dans l'étude des sciences? Il tombait en syncope pendant les éclipses de lune, et ne reprenait connaissance qu'après la disparition du phénomène astronomique.

fâcheux héritage. Qu'une occasion surgisse, capable de faire éclater la folie, celle-ci ne portera, à son tour, aucune empreinte insolite. En somme, et jusqu'au moment où la maladie fait son apparition, le prédisposé ordinaire ne s'est pas, pour ainsi dire, distingué de l'homme normal.

Chez le dégénéré, au contraire, tout révèle un état organique essentiel, que des stigmates physiques permettent souvent de reconnaître, même dès la naissance. Plus tard, les dispositions morales et intellectuelles viennent, elles aussi, et mieux que la conformation extérieure, dévoiler le cachet originel. De son côté, la folie, qui n'attend pour éclore que la cause la plus banale, présente des particularités inhérentes à la tare première. En un mot, des caractères fixes rattachent le dégénéré aux débilités mentales, et ces caractères montrent que, de la simple anomalie cérébrale à l'idiotie, il n'y a qu'une affaire de degré.

Cette division, à laquelle les recherches de Morel ont assigné une importance capitale, repose sur des données cliniques indiscutables. Tous les nosographes ne l'ont pas encore adoptée, mais il en est peu qui la nient dans son principe. Magnan en fait la base de son enseignement, et dans l'état actuel de la science mentale, privée de la détermination anatomo-pathologique, en l'absence d'une méthode vraiment naturelle, je ne connais pas de meilleure classification, car elle donne le moyen d'embrasser du même coup les causes de la maladie et son évolution, le diagnostic et le pronostic.

Un travail récent de Krafft-Ebing vient apporter à ces propositions une confirmation nouvelle, et mérite à

tous les titres d'être reproduit : « Cet auteur, dit Foville (1), à qui j'emprunte l'analyse suivante, a réparti les 292 cas (178 hommes et 114 femmes) de sa statistique en trois groupes qui ont donné, au point de vue de la marche de l'affection, des résultats bien différents. Pour tous, la transmission de la folie par hérédité directe est démontrée.

« Le premier groupe est composé de malades qui, jusqu'à ce qu'ils fussent devenus aliénés, n'avaient jamais offert aucun trouble intellectuel, aucune anomalie mentale attribuable à l'influence morbide héréditaire : ce sont des cas de prédisposition latente. Le nombre en a été de 93, et ils ont fourni comme résultat, en ramenant la proportion à celle de *tant pour cent :* guérisons, 58 p. 100; améliorations, 16 p. 100; pas de modification, 26 p. 100.

« Le second groupe comprend des malades qui, avant leur folie, avaient présenté, d'une manière périodique ou continue, des accidents névropathiques ou des anomalies intellectuelles, attribuables à l'influence morbide héréditaire. Les caractères de ces cas peuvent être très variés : les plus fréquents sont la faiblesse de la constitution, l'excessive impressionnabilité, l'établissement pénible de la puberté, signalé par divers troubles nerveux et intellectuels. Tout indique que chez ces individus le système nerveux est l'endroit faible, et que c'est de son côté qu'existe l'imminence morbide. Ce groupe comprend 171 malades, parmi lesquels il y en a eu : guéris, 15 p. 100; améliorés, 20 p. 100; sans changement, 65 p. 100.

« Le troisième groupe, enfin, comprend ces états dans lesquels les malades manifestent, dès le principe, de telles

(1) A. Foville, Art. *Folie ;* in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1871, p. 265.

anomalies dans leurs dispositions morales et leur développement intellectuel, que, chez eux, l'existence d'une affection mentale congénitale est évidente. Ils présentent tantôt les symptômes de la folie instinctive, tantôt ceux de l'idiotie ou de l'imbécillité. Le nombre en a été de 28, qui ont fourni : guérisons, 0 p. 100; améliorations, 5 p. 100; incurabilité, 95 p. 100. »

L'intérêt clinique de cette statistique est indéniable, malgré les réserves qu'il y aurait à émettre, notamment en ce qui concerne la division en trois catégories.

Il est juste d'y insister : en envisageant comme il l'a fait les aliénations héréditaires, Morel ouvrait à l'étude de la folie une voie moins empirique et plus féconde. Pendant longtemps, la doctrine de la *monomanie*, sous les auspices d'Esquirol (1), avait été unanimement acceptée. Leuret, Guislain, Marc, Georget (2), avaient contribué pour leur part à la divulguer et à l'étendre. Cependant elle allait trouver des adversaires convaincus qui ne tardèrent pas à élever les premiers doutes. Falret père (3) surtout s'appliqua à démontrer les erreurs de cette doctrine des monomanies qui, dit-il, « ne repose pas seulement sur des observations cliniques incomplètes, mais sur une théorie psychologique erronée relativement à la génération des idées délirantes et à l'évolution des maladies mentales. » Il ne s'en tient pas à réfuter le système qui consiste à faire des facultés de l'esprit autant d'unités

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, 2 vol. Paris, 1838.

(2) Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris, 1834. — Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale*. Amsterdam, 1826. — Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 2 vol. Paris, 1840. — Georget, *Considérations sur la folie*. Paris, 1820.

(3) J.-P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864.

séparées, sans relation entre elles, il prouve à la fois que les conceptions délirantes, si partielles qu'elles paraissent, germent et se développent sur un fond morbide primitif.

Mais tout n'était pas dit encore. Il existe une catégorie d'aliénés dont la folie, au lieu de se traduire par le trouble des idées, a surtout pour caractères l'aberration du sentiment, le désordre des actes. Ces individus jouissent en apparence de leurs facultés intellectuelles; ils peuvent même avoir conscience de leur état et chercher à réprimer les tendances qui les sollicitent. Ils ne délirent pas, dans le sens restreint du mot; mais des actions plus ou moins graves, à forme impulsive, parfois seulement une pensée fixe, excentrique ou perverse, viennent affirmer l'anomalie.

Pinel, le premier, signale une *manie sans délire*, une *folie raisonnante.* Esquirol crée, avec la plupart de ces cas, la *monomanie raisonnante*, sorte d'intermédiaire entre les vésanies proprement dites et l'état normal. Après eux, et pour faire face à la diversité de ces situations morbides, pour les caractériser, chaque auteur est porté à une dénomination nouvelle. *Monomanie instinctive* (Marc), *moral insanity* (Prichard), *folie lucide* (Trélat), *pseudo-monomanie* (Delasiauve), vont servir tour à tour d'étiquette.

En somme, la confusion est flagrante. Personne, jusqu'à Morel, ne distingue le rapport étroit de ces troubles en apparence si dissemblables. C'est lui qui en saisit l'enchaînement et la dépendance réciproques, et qui, dans une remarquable synthèse, les rattache à leur véritable origine commune : la dégénérescence.

Il s'en faut toutefois que les vues de Morel soient géné-

ralement adoptées; son groupe des folies héréditaires, en rapprochant de l'idiotie la simple exagération du tempérament nerveux, a soulevé, au contraire, les plus vives critiques.

Cependant il était impossible de ne pas voir la discordance des observations réunies sous le titre de *manie sans délire.* En 1861, Baillarger (1) en détache toute une série de faits qu'il qualifie du nom de *folies avec conscience;* pour le reste, il accepte la *monomanie raisonnante* d'Esquirol. Delasiauve, à son tour, défend les *pseudo-monomanies.* Il paraît rationnel à Dagonet (2) de conserver les termes de *manie,* de *lypémanie sans délire* ou *raisonnante*, de *folie impulsive*, d'*imbécillité morale.*

Mais un pas de plus conduit J. Falret et Legrand du Saulle (3) à faire rentrer la *folie raisonnante* dans la catégorie des aliénations héréditaires, à côté de l'idiotie et de l'imbécillité, tout en maintenant dans le cadre nosologique la *folie avec conscience.* C'est dans ce dernier groupe que Ritti (4), avec la plupart des auteurs, range encore l'*hypochondrie morale* avec idées de suicide, variété décrite pour la première fois par J. Falret (5); l'*agoraphobie* créée par Westphal, en 1872, et qui devient, avec Legrand du Saulle (6), la *peur des espaces;* les *impul-*

(1) Baillarger, in *Arch. clin. des mal. ment.*, 1861.

(2) Dagonet, *Folie morale et folie intellectuelle;* in *Ann. méd. psych.*, p. 21, janvier 1877.

(3) J. Falret, Legrand du Saulle, Baillarger, Delasiauve. Discussion sur la *folie raisonnante.* Séances de la *Soc. méd. psych.* des 31 janvier, 27 mars, 24 avril, 26 juin 1876.

(4) Ritti, art. *Folie avec conscience;* in *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 307.

(5) J. Falret, *De la folie raisonnante ou folie morale.* Paris, 1866.

(6) Legrand du Saulle, *Folie du doute avec délire du toucher*, 1875. — *Agoraphobie*, séance de la *Soc. méd. psych.* du 31 juillet 1876. — *Étude clinique sur la peur des espaces, névrose émotive.* Paris, 1878.

sions homicides avec conscience; la *folie du doute avec délire du toucher* de Legrand du Saulle, déjà connue depuis J. Falret sous le nom d'*aliénation partielle* avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs. Pour Cotard (1), cette dernière affection constituerait même une espèce pathologique distincte, et il lui donne une place à part dans sa classification des maladies mentales. Dans cette voie, du reste, les descriptions se multiplient, et Ball (2) fait une entité délirante d'un état fort analogue à l'agoraphobie, quoique tout opposé en apparence, et qu'il nomme *claustrophobie,* ou peur des espaces fermés.

La question en est là, et l'on peut remarquer que la méthode symptomatologique rallie encore bon nombre de suffrages. Sans méconnaître toujours le caractère général de la maladie, on ne sait pas alors la rapporter à sa véritable cause. Et d'ailleurs, Morel lui-même a-t-il poussé jusqu'au bout les conséquences de ses premières recherches ? Il est permis d'en douter quand on le voit établir, en dehors des dégénérés, *un délire émotif* (3). Magnan est le seul, croyons-nous, qui ait développé dans tous ses termes la théorie de la dégénérescence, et la rigueur clinique qui s'attache aux vues du médecin de Sainte-Anne devrait dissiper toutes les incertitudes. En réalité cependant, quoiqu'il soit accepté aujourd'hui qu'une idée prédominante, un acte saillant, ne peuvent exister comme phénomènes isolés, sans trouble plus

(1) Cotard, Art. *Folie;* in *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 304.

(2) Ball, *Claustrophobie;* in *Ann. méd. psych.*, nov. 1879.

(3) Morel, *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral;* in *Arch. gén. de méd.*, 1866.

étendu de la raison, il reste quelque chose de la vieille doctrine. Les monomanies ont toujours des partisans qui se retrouvent avec leurs contradicteurs pour multiplier à l'envi les formes artificielles. On n'admet peut-être plus de démonopathes, de lycanthropes, de théomanes, mais on crée des *exhibitionnistes* et des *claustrophobes !*

Malgré ces divergences, les dégénérés de Morel composent un groupe bien défini en aliénation mentale. Pour n'en avoir pas tenu un compte assez exact, on a prêté une valeur spécifique à ces états morbides que nous venons de passer en revue. Nous espérons démontrer, à notre tour, que la plupart d'entre eux sont intimement liés à la dégénérescence, terrain commun sur lequel ils évoluent. Nous ajouterons avec Magnan (1) : « Pour réussir à comprendre et à démêler les dégénérescences véritables, il n'y a qu'une méthode qui ne soit pas trompeuse, c'est l'étude progressive des infirmités congénitales du cerveau, en partant des lésions générales et manifestes de l'idiot profond pour arriver successivement aux lésions locales, partielles et dissimulées des irréguliers. On comprend alors, par les transitions pour ainsi dire insensibles qui les rattachent l'un à l'autre, que le dégénéré, tout en haut qu'il soit de l'échelle, est de la même famille que l'idiot. »

(1) A. Coste, *Impressions de Sainte-Anne : Les anomalies intellectuelles* (Leçons de Magnan, 1882).

CHAPITRE II

ANOMALIES CÉRÉBRALES.

Degrés infinis dans l'échelle des dégénérescences. — Trois types principaux : l'idiot, l'imbécile, le dégénéré. — Le crétinisme constitue une dégénérescence spéciale. — Anatomie et physiologie cérébrales. — Rapport naturel entre l'organe et la fonction. — Classification anatomo-physiologique des anomalies cérébrales. — Parallèle entre l'idiot, l'imbécile et le dégénéré, au triple point de vue physique, intellectuel et moral. — Manifestations similaires. — Physionomie variée des dégénérés : débilité mentale; aptitudes remarquables; défectuosités morales. — Le côté commun et caractéristique réside dans l'irrégularité, le manque d'équilibre des facultés.

Depuis cet état de dégradation profonde qui annihile la vie psychique de l'être pour en faire un idiot, jusqu'à la situation de l'homme normal, il existe, dans la série des déchéances intellectuelles, une succession continue de dispositions intermédiaires. Sans parler du *crétinisme*, qui forme une dégénérescence spéciale, on peut en rattacher les variétés infinies à trois types principaux : l'idiot, l'imbécile, le dégénéré.

Mais, si de l'imbécile à l'idiot la transition paraît naturelle, il est possible, au premier abord, de méconnaître le lien qui les unit tous les deux à l'individu d'apparence régulière, aux dehors parfois brillants. Et cependant, dans les trois cas, la tare originelle est la même; la différence ne réside que dans le degré de l'infirmité. L'exa-

men progressif de ces divers états, en nous révélant des manifestations physiques et mentales similaires, va nous permettre de saisir leurs communs rapports.

Établissons d'abord quelques rapides données d'anatomie et de physiologie cérébrales. L'écorce grise des lobes antérieurs du cerveau est le siège des facultés intellectuelles, des centres d'idéation. La région occipito-temporale localise les impressions sensorielles, elle contient les foyers de perception. Une couche médiane, qui comprend les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, préside aux mouvements volontaires ; au pied de la troisième circonvolution frontale gauche répond le centre d'expression de la pensée par le langage. Des fibres commissurales de substance blanche, simples agents de conduction rayonnant dans tous les sens, associent entre elles ces diverses parties (1). En ajoutant à ce schéma les appareils transmetteurs des impressions de la périphérie, c'est-à-dire les nerfs et la moelle (cette dernière agissant aussi comme centre réflexe inconscient), nous aurons le substratum anatomique dont l'activité cellulaire donne lieu à l'opération cérébrale. Le mécanisme de sa production, très complexe en réalité quand on l'analyse, se résume en définitive aux trois termes : sensation, pensée, action.

Avons-nous besoin de démontrer que la qualité de tout phénomène psychique reste soumise à l'intégrité de l'organe générateur de l'entendement ? que le fonctionnement régulier du cerveau est en relation absolue avec sa

(1) Le système des fibres d'association rend solidaires les diverses parties du cerveau, distinctes fonctionnellement; l'on comprend ainsi que la lésion d'un point de l'organe puisse retentir sur une région voisine ou même éloignée.

conformation et sa texture? La vérité physiologique n'est pas autre, n'en déplaise aux idéologues. Toutes les dissertations sur le libre arbitre ne peuvent prévaloir contre le fait anatomique. Le plus ou moins de région frontale, le plus ou moins de région occipito-pariétale, donnent la mesure de l'idée réfléchie et de l'acte instinctif.

Les renseignements de la pathologie ne sont pas contradictoires. Les états de débilité mentale acquièrent précisément leur raison d'être dans les altérations encéphaliques correspondantes. Il n'est pas, en effet, d'anomalie intellectuelle qui ne s'accompagne de lésion ou de modification organique. Celle-ci change bien comme siège ou comme étendue, mais cette variation se trouve justement en rapport avec le degré du trouble lui-même. Cela explique qu'il n'y ait pas *une* dégénérescence, mais *des formes* de dégénérescences, qu'il n'y ait pas *une* idiotie, *une* imbécillité, mais *des* idiots, *des* imbéciles, *des* dégénérés.

Malgré la diversité de leur physionomie, on peut cependant caractériser ces groupes, d'un seul trait. D'une manière générale, les idiots ne disposent que de la moelle et des centres corticaux postérieurs. Le niveau du fonctionnement encéphalique s'élève progressivement avec les imbéciles et les faibles d'esprit. La région psychique supérieure devient définitivement l'apanage des simples dégénérés, dont le domaine s'étend, à plus forte raison, aux autres parties de l'axe cérébro-spinal.

En prenant pour guide, dans l'étude des anomalies cérébrales, la base anatomo-physiologique, nous nous adressons à la méthode la plus naturelle, on en conviendra, car elle donne le moyen de remonter directement de l'effet à la cause.

§ I. — Dans la série des dégénérescences, l'*idiotie* représente le modèle le plus complet de la dégradation physique, intellectuelle et morale. Aussi la lésion cérébrale est-elle portée, chez l'idiot, au degré le plus élevé.

La modification s'annonce-t-elle, ainsi qu'on l'a soutenu, comme la conséquence d'anomalies réversives, c'est-à-dire d'un retour du type humain à l'animalité inférieure, par arrêt ou par déviation de développement? En repoussant l'analogie, on ne conteste pas la doctrine de l'évolution. L'infériorité du cerveau des idiots résulte, non pas d'une transformation atavique, mais d'un travail inflammatoire, primitif ou secondaire : elle tient d'un véritable produit morbide; les recherches histologiques le prouvent (Magnan ; Ludwig-Meyer).

Parfois, il est vrai, on peut constater l'absence de certaines portions de l'encéphale : corps strié, trigone, corps calleux, olives ; l'examen morphologique peut même rappeler l'aspect du cerveau d'un animal ; mais le fait pathologique se retrouve dans tous les cas. Le ramollissement, l'hémorrhagie, la sclérose sous toutes ses formes (sclérose tubéreuse, sclérose atrophique, etc.), la méningo-encéphalite partielle ou disséminée, des kystes, telles sont les altérations les plus communes.

La défectuosité s'imprime extérieurement, sur le crâne et la face, sur le tronc et les membres. Tantôt petite, tantôt énorme (*macrocéphalie*, *hydrocéphalie*), la tête, constamment irrégulière, offre en certains endroits un aplatissement anormal, quand elle ne se fait pas remarquer par l'exagération des saillies ordinaires. Parfois c'est un développement en hauteur produisant la difformité connue sous le nom d'*acrocéphalie;* c'est, en d'autres

cas, l'amincissement ou l'épaississement extrême des parois crâniennes, l'ossification prématurée des sutures.

Morselli et Tamburini (1) qui, de leurs études sur les caractères de la dégénérescence chez les idiots, ont conclu à la réversion de l'espèce, donnent les résultats crâniométriques suivants : les idiots sont, en général, brachycéphales ; l'idiotie exagérerait toujours la *brachycéphalie* quand elle est normale chez la race, ou bien rendrait brachycéphale le crâne normalement distinct par la dolichocéphalie. La circonférence du crâne marque de la *microcéphalie* et de la sous-microcéphalie ; la proportion des circonférences crâniennes inférieures à 530, étant chez les individus sains à peine de 3 p. 100, devient chez les idiots de 60 p. 100. Les auteurs ont noté corrélativement l'atrophie de la masse encéphalique et en particulier des parties frontales.

Tout le corps, d'ailleurs, présente des anomalies aussi bien dans la structure que dans les fonctions. Le défaut se reconnaît à la petitesse de l'angle facial, à la proéminence des maxillaires (*prognathisme* simple ou double) opposée à la direction fuyante du front, qui peut même manquer.

L'asymétrie surtout est de règle. Le strabisme des yeux contribue à rendre le regard vague et incertain. Les oreilles sont mal implantées, écartées du crâne ou trop adhérentes, au moins inégales quant à la forme et à la grandeur. Le nez, écrasé à la racine, large à la base, s'étale, quelquefois muni d'un lobule supplémentaire.

(1) Morselli et Tamburini, *Contributo allo studio delle degenerazioni fisiche e morali dell' uomo : gli idioti;* in *Riv. sperim. di Freniatria*, 1875-1878. — Analyse in *Rev. d'anthrop.*, 1878, p. 542.

Par l'ouverture de lèvres épaissies on aperçoit les dents mal rangées et atteintes par la carie.

L'excrétion de la salive, très abondante (comme, du reste, toutes les sécrétions), se fait hors d'une bouche élargie par écoulement continu. Enfin, le rabougrissement de la taille, l'état rudimentaire des organes génitaux, l'obtusion notable des sens, l'imperfection du langage, complètent la physionomie typique de ce déshérité.

Cette déchéance physique, dans son expression la plus prononcée, aboutit à la surdi-mutité, aux infirmités de toute sorte : hernies, pieds bots, paralysies partielles, contractures des membres ; et finalement à la stérilité. Une altération moindre laisse à l'idiot une certaine activité musculaire qu'il dépense d'ailleurs en mouvements monotones (1), quand elle ne donne pas naissance à un acte malfaisant. Mais dans le cas même où l'organisme se rapproche au plus près du modèle normal, il est rare que le vice congénital ne se lie pas à une déformation externe.

L'abaissement intellectuel, aussi remarquable que la tare physique, trouve également son compte dans l'étendue de la lésion cérébrale. Celle-ci peut être portée, dès le début, aux limites extrêmes, atteindre les centres corticaux en totalité, ne laissant intacts que la moelle et le bulbe, et réduire l'infirme à la vie végétative. L'existence se résume alors dans le fonctionnement médullaire ; c'est le lot du *spinal* borné aux simples mouvements réflexes.

Plus lent et moins diffus, l'envahissement de l'encéphale cède une place à la sensation et à l'instinct. Le cer-

(1) C'est, le plus souvent, une sorte de balancement, d'oscillation continue et répétée dans le même sens.

veau, dans toute la partie située en arrière de la pariétale ascendante, reste plus ou moins indemne (*spinal-cérébral postérieur*, — *réflexe cortical postérieur*). L'éducation peut même trouver prise sur ce domaine restreint et développer chez ces êtres dégradés quelques traces de manifestation semi-consciente. L'acquisition de certaines aptitudes les élève à l'état d'*idiots savants*. Epithète exagérée, si l'on considère que la vie intellectuelle est pour toujours fermée à l'idiot, confiné dans les foyers de perception sensorielle : l'absence du lobe antérieur, c'est-à-dire du centre de formation des idées, ne lui permet que des travaux d'imitation.

Au moral, l'incapacité de détermination raisonnée livre les tendances à l'automatisme. Dépourvu du pouvoir modérateur que donne le jugement, l'acte impulsif domine. Les idiots obéissent sans contrôle à tous les besoins qui les sollicitent. L'onanisme répété et sans pudeur découvre un de leurs penchants les moins condamnables si on le compare à d'autres écarts. Il n'est point jusqu'à la sphère éducable qui ne soit à surveiller, car leur pouvoir d'imitation peut devenir très dangereux (1).

§ II. — L'*imbécillité* nous fait monter d'un degré l'échelle des dégénérescences. La région psychique entre ici en action et diminue l'inégalité (*spinaux-cérébraux antérieurs*, — *réflexe cortical antérieur*). Au physique déjà, les individus de cette catégorie sont mieux conformés que les idiots, parfois même ils peuvent revêtir un aspect agréable. Mais ordinairement ils présentent des

(1) Tel est le fait de cet idiot qui, après avoir assisté à l'égorgement d'un porc, prit un couteau et le dirigea contre un homme. — D'autres pratiquent la tendance imitative en allumant des incendies.

défectuosités similaires, quoique atténuées, portant sur le crâne, la face, la constitution générale. Des irrégularités surtout, de l'asymétrie, du prognathisme, des altérations de forme de la voûte palatine ; des doigts surnuméraires, des pieds palmés ; du strabisme et des affections du fond de l'œil ; de la blaisité, du zézaiement : telles sont les anomalies les plus ordinaires.

L'imbécile possédant, en plus des centres perceptifs, une portion limitée de la région frontale, peut faire preuve de quelque expression intellectuelle. Mais comme le foyer des opérations de l'entendement est loin d'être intact, il ne faudra pas attendre de cet incomplet des conceptions bien larges. Sa faiblesse éclatera, notamment, dans l'association des idées ; ne voyant rien au delà de l'image matérielle, l'abstraction reste lettre morte pour lui. S'il arrive, par l'éducation, à lire, à écrire, à compter (ce qui est même impossible à l'idiot), ses acquisitions ne l'élèveront jamais au rôle de créateur.

Quelques imbéciles jouissent cependant de certaines qualités (musique, calcul), ils deviennent capables d'acquérir une espèce de talent d'imitation, surtout en ce qui touche les arts mécaniques. L'apparence extérieure ne leur manque pas à l'occasion, mais, par leur conformation cérébrale, ils sont voués à une débilité mentale qui ne tarde pas à se faire jour en toutes choses.

Si l'idiot est à la merci de ses instincts, l'imbécile a déjà un pouvoir de détermination propre. Mais dans quelles limites restreintes ! Car si les centres perceptifs ne sont plus livrés à eux-mêmes, le travail d'élaboration de la pensée est borné. Les penchants de cet être imparfait tiennent principalement de l'habitude. De même que

ses facultés intellectuelles sont dépourvues de ce don particulier qui crée la personnalité, ses sentiments sont privés des attributs de l'individu raisonnable. Chez lui, comme chez l'idiot, l'acte est marqué du caractère impulsif. Il ne peut discuter ses instincts que dans une mesure réduite; son moral incomplet se montre impuissant à redresser ses tendances.

A côté de certaines natures douces et disciplinées, d'autres imbéciles sont cruels et pervers, poussés de bonne heure aux plus mauvaises actions. Leur activité cérébrale les conduit à combiner des méfaits plutôt qu'à réprimer leurs penchants. Le mensonge est une manifestation fréquente du vice de leur organisme, et l'on voit de ces débiles porter des accusations aussi graves que peu fondées.

Sur cet état intellectuel et moral, dont la perversion et l'impulsion forment la note dominante, se greffe une grande aptitude au délire. Ce trouble délirant lui-même offre des caractères particuliers, que nous retrouverons d'ailleurs à tous les degrés d'anomalie : il s'installe d'emblée, presque sans préparation, sous les formes les plus diverses ; des conceptions ambitieuses, mystiques et hypochondriaques se mêlent et s'enchevêtrent sans tendance à la systématisation, pouvant disparaître aussi promptement qu'elles se sont montrées.

§ III. — Dans la catégorie supérieure d'anormaux qu'il nous reste à étudier sous le nom de *dégénérés*, il ne faut point s'attendre à rencontrer les défectuosités profondes des deux états que nous venons de décrire. Leurs côtés communs pourraient même échapper à l'examen, si l'on ne s'adressait pas à la méthode comparative. Mais qu'il

s'agisse des marques anatomiques ou cliniques, le rapprochement est positif et vient lever tous les doutes.

L'idiot, avons-nous dit, est retranché du monde intellectuel ; l'imbécile s'y rattache par quelques points seulement ; le dégénéré, au contraire, peut jouir des facultés parfois les plus brillantes. Chez lui, cependant, la lacune existe, superficielle ou profonde ; des défauts dans le jugement, un caractère irréfléchi, des tendances irrésolues, ou bien d'étranges aberrations morales et affectives, un manque d'équilibre, en un mot, viennent troubler un ensemble à l'abord parfait. Le dégénéré peut se tenir au plus près de la situation normale, ses inégalités innées l'empêcheront toujours de l'atteindre. Considéré au triple point de vue physique, intellectuel et moral, nous retrouverons chez lui, quoique moins accusées, les anomalies des déviations extrêmes. Nous verrons aussi que, par son aptitude impulsive et délirante, il les reproduit complètement.

D'ailleurs, entre les formes dans lesquelles domine l'arrêt des opérations psychiques et celles où la sphère intellectuelle paraît complète, la transition n'est pas brusque. L'intermédiaire naturel est constitué par ces états de débilité mentale où la faiblesse d'esprit entre moins en cause que l'impulsion malfaisante. Intellectuellement plus haut placés que les idiots et les imbéciles, les malades de ce groupe s'en rapprochent par l'instinctivité de leurs actes. A un niveau cérébral relativement élevé correspond un moral défectueux. Ce manque de pondération représente la caractéristique commune du débile et du simple dégénéré, réunis ainsi dans une même origine.

Pour admettre l'existence d'une altération matérielle du cerveau, chez les aliénés, il n'est pas besoin qu'elle soit grossière et visible. Elle consiste souvent dans une perturbation fonctionnelle qui peut ne pas aboutir à la lésion apparente. Chez les dégénérés en particulier, malgré l'incertitude qui règne sur la nature intime de leur modification (qu'elle provienne de l'arrangement anormal ou d'un trouble de nutrition des éléments nerveux), quelque négative même que soit, fréquemment, l'investigation du désordre organique, ce dernier tient sous sa dépendance les manifestations extérieures.

Contrairement à l'idiot dont le domaine anatomique, quand il ne se réduit pas à l'axe médullaire, ne dépasse point les centres sensoriels, le dégénéré dispose de la région psychique. La lésion de l'encéphale, toujours partielle, se limite parfois à un seul point. C'est le type du *cérébral* de notre classification, en ce sens que l'intelligence devient son attribut. Mais s'il arrive au perfectionnement, son cas n'en reste pas moins pathologique.

Physiquement, les dégénérés sont, en général, bien constitués. Chez la plupart cependant, si rien dans l'aspect superficiel ne révèle le vice héréditaire, il est rare qu'une exploration plus directe ne découvre une infériorité. Ce signe à lui seul et pris isolément n'entraînerait point la certitude, pas plus que son absence ne garantit l'immunité ; mais rapproché des dispositions morales et intellectuelles de l'individu, il acquiert une valeur relative, constituant, pour ainsi dire, un lien palpable entre les divers degrés de la dégénérescence.

L'importance qui s'attache à cette constatation n'a pas

besoin d'être longuement démontrée. Elle ressort de tous les travaux dirigés dans cette voie. Pour ne citer que les plus récents, il résulte des mensurations du Dr Peli (1) pratiquées sur 670 aliénés, que les difformités crâniennes, qui n'existent que chez 12,5 p. 100 des sujets raisonnables, sont de 42,7 p. 100 chez les aliénés quelconques, de 64,3 p. 100 chez les héréditaires, et de 88,5 p. 100 chez les héréditaires hommes spécialement.

Une statistique du Dr Knecht lui a permis de poser les conclusions suivantes : 1° Ce que l'on désigne sous le nom de signes extérieurs de dégénérescence constitue l'expression la plus fréquente de la prédisposition névropathique ; 2° Les porteurs de ces défectuosités possèdent une tendance trois à quatre fois plus grande à contracter des psychoses et des névroses que les individus normalement conformés ; 3° L'immunité relative à la déchéance somatique n'assigne nullement aux individus touchés d'une façon latente par l'hérédité une garantie contre l'atteinte possible d'une maladie mentale ou nerveuse (2).

Le stigmate, quand il existe, est déjà caractérisé dès le jeune âge. Des défauts dans la constitution distinguent habituellement de leurs camarades les enfants de cette catégorie. Souvent scrofuleux, arrêtés dans le développement de leur taille, ils présentent les déformations les plus variées. La tare congénitale se traduit, sur le crâne, par des bosses, des saillies, des voussures (3). Le

(1) Voir in *Année médicale*, 1884, p. 191.

(2) Voir in *Arch. de neurologie*, p. 267, mars 1885.

(3) Il faut écarter de cette description les défectuosités crâniennes que certains enfants acquièrent après la naissance, et que Broca distingue en artificielles et en involontaires. Telles sont ces déformations qui se produisent par la pression du berceau (*déformation occipitale simple*), ou de

manque de symétrie se retrouve dans les traits du visage, dans la forme des oreilles, des yeux, de la bouche et des dents, etc. Tous les appareils peuvent reproduire les mêmes conditions défavorables. A la structure vicieuse des organes répond l'irrégularité et l'imperfection de leur fonctionnement. Des infirmités partielles, des mouvements choréiques, des tics convulsifs surviennent. Une extrême sensibilité aux impressions ambiantes favorise l'apparition de migraines, de névralgies diverses.

En somme, le tableau, quoique moins tranché, est analogue à celui de l'imbécillité et de l'idiotie.

Au moral, la même incoordination s'observe. La nature des enfants est indisciplinée ou perverse. Colères, violents, impossibles à dirigêr, l'oblitération du sentiment se révèle, chez eux, par les plus mauvais instincts : tortures sur les animaux, agressions brutales et déterminées, mais par leur brusquerie *se rapprochant de l'impulsion*. Menteurs, malicieux, éprouvant des haines irréfléchies, se livrant au vagabondage, combinant des vols et des méfaits de toute sorte, enclins à l'onanisme, ils se montrent, en un mot, capables de tous les écarts.

Chez d'autres, il est vrai, le défaut congénital prend la forme de l'inertie. Ceux-là sont indolents et apathiques; toujours souffrants et maladifs, ils ne frayent pas volontiers avec leurs camarades, se tiennent éloignés des distractions de leur âge et se font remarquer par l'indécision de leur nature, par l'affectation ou la bizarrerie de leurs penchants.

la coiffure (*déformations toulousaine, annulaire*) ; celles enfin qui résultent de la coutume adoptée dans quelques pays, et qui consiste à comprimer par des bandeaux circulaires la tête des nouveau-nés.

Mais, dans les deux formes, le manque de pondération est frappant et décèle l'anomalie.

L'imperfection atteint également le côté intellectuel. Le développement des facultés ne suit pas une marche régulière. Par contraste avec une supériorité possible en certaines parties, le plus souvent comme dispositions artistiques ou aptitudes pour les chiffres, il n'existe ni ordre ni suite dans les idées. D'ailleurs, le peu d'application au travail, l'insubordination sont de règle. Ce qui domine en tout, c'est le défaut d'équilibre.

Au moment de la puberté, à l'époque où les enfants se transforment, l'organisation est frappée par des troubles divers : arrêts de croissance, atrophie de certains organes, anomalies dans les fonctions génitales. On peut assister à l'éclosion d'accidents nerveux, choréiques, hystériformes, de phénomènes d'incoordination motrice, d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Sous le rapport moral, les désirs malfaisants s'accusent. Des actes inattendus (parfois la privation volontaire d'aliments), des tendances mystiques ou hypochondriaques font leur apparition.

C'est alors que, dans le chemin de leur vie, suivant l'expression de Falret (1), il se produit une sorte de bifurcation. Les uns se trouvent arrêtés dans leur activité intellectuelle, et ne peuvent dépasser, pour ainsi dire, un certain degré d'instruction. Mais non seulement ils n'apprennent plus, incapables de tout progrès ultérieur, ils oublient même ce qu'ils ont acquis, devenant alors ce qu'ils étaient à l'état latent, de vrais arriérés.

(1) J. Falret. Art. *Responsabilité légale des aliénés;* in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1876, p. 712.

Dans une voie suffisamment privilégiée, d'autres jouissent, au contraire, d'une santé d'esprit relative, état cependant troublé par des névralgies multiples et fréquentes, par des tics douloureux, des lassitudes profondes succédant à des phases d'exaltation (1). Dans cette catégorie nous retrouvons ces individus que, dans le monde, on appelle originaux ou excentriques, que l'on traite de personnes bizarres. « Candidats à la folie », devrait-on dire, à moins qu'ils ne soient déjà aliénés.

Chez quelques-uns, les phénomènes maladifs gardent encore des apparences bénignes. Ils manifestent des besoins d'isolement, de l'irrésolution dans le caractère, des scrupules outrés, un manque d'esprit de direction, une impressionnabilité extrême.

Mais voici le tableau plus sombre ! La plupart se distinguent par des extravagances poussées jusqu'aux désordres de conduite les plus graves. Leurs emportements exagérés, leurs instincts vicieux, en font des êtres insociables. Fantasques, singuliers, un rien les émeut et les chagrine. D'une susceptibilité sans bornes, orgueilleux, portés à tous les excès, souvent enclins au mal, ils présentent, d'ailleurs, les plus grands contrastes, passant de la bienveillance la plus affectée aux plus haineuses récriminations. Le plus souvent difficiles à vivre, éprouvant les sentiments les plus maussades contre les personnes de leur entourage, se faisant une obligation de les tourmenter. Leur mobilité, leurs faciles déterminations, les engagent aux métiers les plus divers sans qu'ils

(1) Insistons, en passant, sur ce caractère, car ces changements d'aspect et de physionomie, ces brusques alternatives d'expansion et de dépression appartiennent surtout aux dégénérés.

y trouvent jamais leur compte. Parfois irrésolus, le plus souvent téméraires, ils n'hésitent pas alors à quitter famille et amis, à s'expatrier pour courir les aventures. En somme, tout est chez eux irrégularité, contradiction, et tel dont le dévergondage était notoire se livre brusquement aux pratiques les plus opposées. Généreux ou mesquins, exaltés ou apathiques, ils sont *surtout* changeants, et, malgré les manifestations les plus diverses, offrent tous cela de commun : « la disproportion entre les impressions et la réaction qu'elles produisent (1). »

A côté de cette aberration des sentiments, on peut surprendre des talents ou des aptitudes remarquables. Certains dégénérés occupent de hautes positions sociales. Les uns brilleront dans la peinture, la poésie, la musique ; d'autres se feront remarquer par la facilité de leur parole ou la vivacité de leur esprit. Qu'on ne s'y trompe point, cependant, leurs productions ne sont pas sans tache. Pour habiles qu'elles paraissent, elles accusent toujours un côté superficiel ou corrompu, indice d'un jugement peu solide ou d'un sens moral imparfait. En réalité, comme dit Morel de ces individus, génies partiels, frappés, malgré certaines manifestations brillantes, de stérilité intellectuelle et parfois même de stérilité physique.

(1) Griesinger, *loc. cit.*

CHAPITRE III

ÉTAT MENTAL DES DÉGÉNÉRÉS.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Terrain préparé pour la folie. — Caractères spéciaux du trouble mental : délire des sentiments et des actes sans réaction apparente sur l'intelligence. — Aliénés persécuteurs. — Tendances instinctives : *Observation* I. — Crime et folie. — Le crime n'est-il pas la conséquence d'un défaut matériel et inéluctable de l'organisme? — Irresponsabilité. — Impulsions et obsessions conscientes. — Critique de la doctrine des monomanies, des folies raisonnantes et des folies avec conscience. — Caractères généraux de l'aliénation héréditaire.

Dans l'état que nous venons de décrire, il s'est agi plutôt d'une aptitude maladive que de phénomènes pathologiques proprement dits. Les tendances que nous avons prêtées au dégénéré constituent moins une chute immédiate qu'un défaut d'équilibre de la raison. Mais quelle situation instable !

Déjà, nous l'avons vu, la plupart de ces individus, avec leurs instincts pervers, leurs dispositions malfaisantes apparaissant dès l'enfance, se mettent, dès le début, en hostilité ouverte avec la société. Plus tard, leur vie déréglée, résultat d'un sens moral défectueux, rend cette lutte plus flagrante encore. Êtres déséquilibrés qu'on peut considérer comme aussi près du crime que de la

folie. Suivant l'énergique expression de Maudsley (1) : « vrais imbéciles moraux. »

Chez d'autres, au contraire, l'anomalie s'est révélée par des manifestations d'un ordre différent. Avec une sphère affective intacte, l'inertie ou, tout au moins, la pusillanimité, l'indécision, l'irrégularité de certains penchants, constituent le fond de leur nature.

Les uns, cérébralement moins doués, ont eu de la peine à acquérir les connaissances ordinaires, à se maintenir dans une condition péniblement obtenue. Certains se sont vus arrêtés dans une carrière intellectuelle souvent pleine de promesses, non seulement incapables de progresser, mais rétrogradant parfois pour tourner à l'imbécillité. Ceux-là, au contraire, se sont toujours distingués, on peut dire, par des facultés spéciales. Mais tous, en somme, marqués au coin de la dégénérescence, tous plus ou moins incomplets.

Sur ce terrain préparé, le trouble des idées, le désordre des actes, se produisent avec une facilité étonnante. Dans aucune autre forme mentale, les signe sne paraissent plus limités. La folie de ces héréditaires consiste, en bien des cas, dans le délire des sentiments plutôt que dans une altération profonde de l'intelligence. Parfois une simple lacune sépare ces malades de l'état normal. Leur raison n'est pas atteinte en apparence ; ils peuvent prétendre à leur rang social, si élevé qu'il soit, et l'occuper sans conteste, car il faut pénétrer dans leur vie intime pour trouver l'obsession qui les tourmente.

A un point de vue analogue, la plupart de ces aliénés

(1) Maussley, *Crime et folie*. Trad. franç. 1874.

lucides, que Lasègue a désignés du nom de *persécuteurs* et que le Dr Taguet (1) a plus récemment décrits, relèvent aussi de la dégénérescence. Tels sont ces individus rédigeant mémoires sur mémoires, se parant de titres imaginaires, lançant l'injure et la calomnie contre leur entourage. La dénonciation, l'invective, deviennent leurs armes favorites. Ils poursuivent de leurs assiduités importunes les personnages haut placés, passant bientôt de l'exigence à la menace, ou bien se livrant, à l'égard de femmes qu'ils n'ont jamais abordées, aux protestations les plus amoureuses. Ce sont ces malades qui, durant leur traitement à l'asile, récriminent le plus contre la prétendue illégalité de leur séquestration, s'adressent aux tribunaux, et trouvent parfois une oreille attentive à leurs élucubrations délirantes.

La défaillance morale de certains dégénérés, l'instinctivité de leurs actes, présentent d'autant plus d'intérêt à l'étude, qu'ils soulèvent à chaque instant le grave problème de la responsabilité.

Réguliers ou désordonnés dans leur conduite, mais toujours impulsifs, ils peuvent être, à toutes les périodes de leur existence, poussés au délit ou au crime. La répression peut s'exercer sur eux pour des faits d'ivrognerie ou de vagabondage, pour des vols ou des abus de confiance, etc. Actions bénignes, si on les compare à des tentatives d'autre nature, car les résolutions les plus graves comme les plus dangereuses peuvent leur être imputées.

Je vais citer un exemple typique, qui me permettra

(1) Voir in *Ann. méd. psych.*, 1876, p. 5.

de placer ces considérations sous la haute autorité de Morel.

Observation I. (Morel, in *Traité des maladies mentales*, p. 545.) — *Folie héréditaire. — Suite non interrompue d'excentricités et d'actes délirants désignés sous le nom de monomanies, de manie raisonnante.*

L'individu qui fait le sujet de cette observation, dit Morel, a été soumis à mon examen pendant près de dix années ; il était, au moment où je l'ai connu, en 1848, âgé de cinquante-huit ans, et avait passé la plus grande partie de son existence dans des maisons de santé, d'où il était plusieurs fois sorti, et où l'autorité, fatiguée des excentricités de ce malade et justement émue des dangers qu'il faisait courir à la population, l'avait toujours fait réintégrer. Aucun des faits étranges de cet homme qui est un type de la folie héréditaire avec transformation fixe, invariable, irrémédiable, ne m'avait échappé. Je m'étais enquis de ses ancêtres; des détails m'avaient été donnés sur sa première jeunesse par des camarades de collège; je possédais, en un mot, tous les éléments qui pouvaient m'aider à rattacher son existence à celle de ses ascendants, et reconstituer cette chaîne non interrompue de phénomènes pathologiques qui se commandent et s'enchaînent chez l'individu aussi bien que dans l'espèce.

M. Aimé P... eut dans son ascendance paternelle des aliénés, qui, depuis plus d'un demi-siècle, étaient signalés, dans les archives de l'asile dont j'étais le médecin, comme ayant été pensionnaires de l'établissement. Dans sa personne s'éteignait la descendance mâle de la famille; un frère de notre malade s'était suicidé, et sa sœur, morte sans enfants, avait fini dans une maison de santé de Paris, après avoir étonné le monde dans lequel elle vivait par son caractère original et ses nombreuses excentricités. Placé dans un collège à l'âge de dix ou onze ans, Aimé fut un élève assez ordinaire; il était d'un caractère tranquille, doux et même pusillanime, d'un tempérament lymphatique. Ce fait n'est pas sans importance, car, le plus ordinairement, les individus de cette variété maladive se font remarquer de bonne

heure par des tendances mauvaises, par des excentricités de caractère ; parfois, aussi, ils montrent de grandes aptitudes intellectuelles pour certaines choses, tandis qu'en règle générale ils sont lents, paresseux, rétifs et indisciplinés.

A peine sorti du collège, où il avait fait d'assez médiocres études et où il s'était seulement signalé par une grande paresse, une indolence inouïe, la disposition à s'isoler et à émettre des jugements faux et des appréciations erronées ou mensongères, le jeune Aimé se livra de bonne heure à tout le dévergondage de ses passions. Une grande fortune, une indépendance absolue, lui permirent malheureusement de satisfaire ses mauvaises tendances. Il se prit à voyager, ou plutôt à se déplacer d'un endroit dans un autre, sans autre mobile que de satisfaire la soif inquiète de vagabondage qui s'empare si souvent des malades de cette catégorie.

On l'avait depuis assez longtemps perdu de vue, lorsque ses concitoyens assistèrent, avec la plus grande surprise, à son entrée triomphante dans sa ville natale. Aimé P... était en habit de général, orné de décorations de son choix et traîné dans une voiture à quatre chevaux. Ici commence la série des folies don-quichottesques de notre malade, et j'en épargnerai la fastidieuse nomenclature au lecteur. C'est à Paris, c'est en Allemagne, qu'il put commettre impunément ses plus nombreuses excentricités. L'autorité dut s'emparer de sa personne alors qu'un jour, assistant au théâtre, il força le public à quitter la place en le menaçant de faire feu des pistolets qu'il tenait à chaque main. Au lieu de nous arrêter à ces faits qui se produisaient chez lui d'une manière périodique, et qui sont à peu près les mêmes chez tous les aliénés de cette catégorie, il importe bien plus d'insister sur le caractère général de ces actes et d'étudier leur relation avec les différentes compromissions des facultés intellectuelles et avec les troubles des fonctions organiques chez ces sortes de malades.

La nature des actes délirants des aliénés de cette catégorie est évidemment en rapport avec la disposition particulière et la prédominance de leurs idées maladives. Car, bien qu'on ait pu dire qu'ils *raisonnent,* puisqu'on les a appelés *maniaques raisonnants*, il n'en est pas moins vrai d'affirmer que le système de leurs idées délirantes spéciales est assez complexe.

Les uns ont des idées d'ambition et d'orgueil, et se croient appelés à de grandes destinées : ce sont des systématisateurs intrépides qui ne reculent devant aucune conséquence absurde pour faire prévaloir leur folie. Les autres sont poussés par leurs tendances mauvaises à l'accomplissement des actes les plus extravagants ou les plus monstrueux. Ceux-ci réagissent fortement, et contre les affections de famille, et contre les devoirs sociaux, en raison de prétendus dénis de justice qui ne sont que l'excuse de leurs haines maladives. Ils cherchent à se venger de leurs parents, de leurs amis, du monde entier, en affichant une conduite immorale, en compromettant perpétuellement les intérêts de ceux qui leur sont chers par des excentricités qui devraient les couvrir de honte. On les voit parcourir les rues et les lieux publics dans une mise sale, déguenillée; ils laissent croître leur barbe et cherchent à attirer sur eux l'attention publique par des actes ridicules ou inconvenants. Ceux-là appliquent des facultés intellectuelles brillantes, mais toujours entachées d'irrégularité et d'incohérence, à la solution des grandes questions sociales, à la production d'œuvres littéraires dont l'étendue et le plan dépassent presque toujours ce qu'il est possible aux forces humaines de réaliser. Ces œuvres, ainsi que je l'ai dit, ne blessent que trop souvent la morale et le sentiment public. La forme ainsi que le fond indiquent des rêveurs, des utopistes, des esprits faux qui, dans les conceptions, fruits de leur intelligence et de leur imagination, apportent la même excentricité, le même dévergondage que dans leurs actes.

On s'étonne parfois que nous fassions ressortir avec autant d'insistance la lésion des facultés affectives chez ces malades, et l'on ne manque pas d'en signaler qui étaient bons, serviables, affectueux. Mais il ressort de l'observation médico-psychologique de ces hommes, qu'il est impossible de surprendre chez eux, je ne dis pas un bon sentiment, car, en raison de l'esprit de contradiction qui domine leurs actes, ils sont parfois susceptibles de manifestations *sentimentales* passagères et même excessives, mais un ensemble d'actes qui puisse donner à supposer que, d'une part, leur délire ne soit concentré que sur un point; que, de l'autre, la bonté, la sympathie, l'humanité, prise dans son acception la plus

élevée, fassent partie intégrante de leur être. « Je hais tous les hommes, » me disait un de ces misanthropes atrabilaires, dont le père était mort hypochondriaque, après avoir été poursuivi toute sa vie par des idées de suicide, «je me hais moi-même, et il y a longtemps que je me serais tué, si je ne croyais pas faire plaisir par là à mes parents et à mes héritiers. »

Pour en revenir à notre malade, le besoin excessif de faire parler de lui, l'orgueil poussé jusque dans ses dernières limites maladives, lui fit adopter de bonne heure un système qui tendait à se faire passer pour un descendant des ducs de Lorraine, pour un homme qui avait joué un grand rôle sous Louis XVI, et qui avait eu les faveurs des plus grandes dames de la cour de Louis XV. Le besoin incessant d'occuper le public de leur personne est si violent chez ces sortes d'aliénés, qu'ils finissent par s'identifier dans les rôles qu'ils se donnent, et par regarder comme véritables et réelles les conceptions les plus extravagantes de l'esprit de mensonge qui les caractérise. C'est ce qui arrivait à notre malade, qui se mettait dans d'étranges fureurs lorsqu'on lui démontrait mathématiquement que les faits dont il se prétendait l'acteur ou le héros constituaient chez lui une existence qui faisait remonter à plus de cent cinquante ans l'époque de sa naissance.

Dans les différents rapports médicaux que, sur l'injonction de l'autorité judiciaire, j'eus à faire à propos de cet aliéné qui adressait de fréquentes demandes de sortie de l'asile et de levée de son interdiction, je dus faire ressortir que, contrairement à l'opinion émise par quelques magistrats, notre aliéné délirait aussi bien dans la sphère de sa sensibilité, de son intelligence, de sa volonté, que dans celle des actes excentriques et dangereux qui, seuls, avaient le privilège de préoccuper l'attention publique. Je crus qu'il était important d'insister sur ce que la dénomination de *malade* convenait parfaitement à cet aliéné, dont les exacerbations étaient toujours en rapport avec un dérangement et un trouble caractérisé des fonctions organiques. Les réflexions dans lesquelles je suis entré doivent s'étendre à tous les aliénés de cette catégorie ; elles apprennent à les reconnaître, car la folie héréditaire imprime à tous ceux qui en sont atteints le même cachet maladif.

Cette folie des actes ne se manifeste pas toujours par des tendances haineuses et réfléchies, mais plutôt automatiques et stupides. Un des bibliothécaires de Sainte-Geneviève nous entretenait dernièrement d'un cas assez curieux. Il s'agit d'un jeune homme qui, depuis quelque temps, venait passer ses soirées à la bibliothèque, et dont le travail consistait à cracher sur les pages des livres qu'il se faisait remettre. Il réussit à dégrader une série de volumes, avant que l'attention se portât sur lui. On se contenta d'expulser ce bibliomane d'un nouveau genre. Peine suffisante, puisqu'elle atteignait, sans doute, un faible d'esprit !

Le côté médico-légal de ce délire d'action est d'autant plus difficile à résoudre que le trouble psychique, lui-même plus latent, peut rester caché à une observation superficielle. On n'admet guère, en effet, l'irresponsabilité que dans les cas de folie évidente, et le passé de l'aliéné, passé quelquefois reprochable, mais pour cause, ne représente, aux yeux des magistrats, qu'une aggravation de plus. Et cependant l'inculpé ne devrait-il point bénéficier d'une situation mentale qui l'atteint dès sa naissance ? Les actes délictueux qu'il a pu commettre dans le cours de sa vie devraient militer en sa faveur, plutôt que de lui être contraires, puisqu'ils sont le résultat d'une conformation héréditaire impossible à modifier.

« Généralement, tout penchant vicieux et contre nature, lorsqu'on ne peut l'expliquer par quelque funeste habitude puisée dans un milieu social ou familial corrompu, est un indice certain de dégénérescence... Le vice et le crime de l'individu bien constitué

ne sont pas les mêmes que ceux des dégénérés (1). »

Comment admettre alors une même pénalité? Contre le criminel ordinaire dont les déréglements suivent le courant de mauvaises influences, la répression peut être utile. Sur les dégénérés criminels, les bienfaits de l'éducation ou du châtiment sont illusoires. « On n'a pas encore découvert, dit Maudsley (2), d'agent moral qui puisse les détourner de leurs erreurs. Pour cela, il serait nécessaire de les faire littéralement renaître, de les transformer en nouvelles créatures. » J'ajoute que, marqués du sceau de la fatalité, ils vivent dans le crime non pas en hommes libres, mais en aliénés.

Qu'ils soient conscients de leur état ou qu'ils protestent contre la réalité de leur trouble d'esprit, que leurs actions dérivent d'une méchanceté raisonnée ou d'une tendance indépendante de la dépravation, ils subissent une impulsion irrésistible, une même anomalie congénitale. Le caractère automatique ou tout au moins involontaire de leurs actes ne soulève aucun doute motivé. Malgré la nature du fait incriminé, malgré les conditions qui l'ont précédé, accompagné et suivi, la punition n'en saurait atteindre ni les mobiles ni les conséquences; on se trouve en présence d'irresponsables.

Mais cette conviction est souvent difficile à faire partager au criminaliste, et pour quelques inculpés qui bénéficient d'ordonnances de non-lieu, combien de condamnations qui atteignent des malades ! Nous n'avons qu'à consulter les annales judiciaires pour y puiser des exemples parmi les plus frappants. Pour les restreindre

(1) A. Coste, *loc. cit.*
(2) Maudsley, *La Pathologie de l'esprit*, *loc. cit.*, p. 371.

ici à une catégorie spéciale de cas (les grands crimes et les grands criminels), je ne crois pas émettre un paradoxe dangereux pour la sécurité sociale, en soutenant que la plupart des scélérats fameux, — *a priori* je ne dis pas tous, — se recrutent à des titres divers parmi les dégénérés (1).

L'examen du crâne et du cerveau de Lemaire, dont l'exécution capitale eut lieu en 1867, démontra, outre la présence d'altérations innées, que le jeune assassin (il avait dix-neuf ans) souffrait, au moment où il conçut son crime, des suites d'une méningite chronique diffuse.

En 1879, c'est la mise à mort de Prunier, condamné par la cour d'assises de l'Oise, pour assassinat précédé et suivi de viol sur une femme de soixante ans, qu'il repêcha, au bout d'une demi-heure, dans une mare, pour se livrer à un nouvel attentat.

L'autopsie du supplicié révéla des lésions crâniennes multiples; l'adhérence des méninges au cerveau se faisait sur une grande étendue. Prunier, du reste, était un alcoolique avéré, s'adonnant sans mesure et depuis longtemps à l'eau-de-vie et à l'absinthe. Mais son action même ne portait-elle pas suffisamment la marque de la tare organique?

(1) J'ai choisi, dans le nombre, quatre faits qui ont entraîné, pour leurs auteurs, la peine capitale. Si elle s'en tenait à ce sujet, ma démonstration serait incomplète, mais je me hâte de spécifier que ces considérations médico-légales s'appliquent également aux actes de moindre gravité. Dans le chapitre suivant, réservé à la relation détaillée des syndromes épisodiques, nous verrons certains malades sous le coup de peines plus ou moins sévères, alors que leurs tendances relevaient d'un trouble mental parfaitement déterminé. Il sera prouvé en même temps que si, dans quelques cas, on peut invoquer la dépravation morale, le plus souvent l'honnêteté de l'individu reste indiscutable.

Une consécration non moins légitime est donnée à notre thèse par le cas du fameux Menesclou, ce meurtrier de vingt ans, condamné à mort et exécuté en 1880. Or, voici quels étaient ses antécédents héréditaires : à relever, en premier lieu, le suicide du grand-père maternel, qui s'est noyé. Quant à la mère, ouvrière de la Manufacture des Tabacs à l'époque du crime, elle avait déjà été soignée, en 1876, dans un asile d'aliénés; d'un caractère difficile, soupçonneux et chagrin, en rapport avec un état nerveux exagéré, la plus légère contrariété, des doses minimes de vin ou de café l'excitaient à l'extrême; en 1877, peu de temps après sa première sortie de l'asile, elle accusait son mari de vouloir l'empoisonner; les idées de persécution restèrent pendant plusieurs années dans ce cadre limité; mais au mois de février 1883 elles s'accentuèrent, et la malade dut être de nouveau soumise au traitement.

La vie personnelle du coupable, qui est fils unique, trahit, dès l'enfance, la fatale disposition morbide. Tout d'abord de la précocité, surtout du côté de la mémoire, mais, dès l'âge de sept ans, les facultés intellectuelles ne tardent pas à décliner rapidement. Un peu plus tard, il devient sourd; on ne peut le fixer à rien; incapable de toute occupation régulière, il vagabonde et se masturbe. Enfin, à vingt ans, il égorge une petite fille dans les circonstances les plus odieuses et les plus imprévues.

Je n'ai pas besoin de rappeler les altérations cérébro-crâniennes qui furent trouvées à l'autopsie du criminel. Son histoire ne suffit-elle pas à le ranger parmi les débiles?

D'ailleurs, les législations étrangères ne sont pas en reste avec la législation française. Nous trouvons préci-

sément dans la *Revue scientifique* (1) le compte rendu d'un rapport des professeurs Lombroso et Bianchi sur un soldat calabrais, âgé de vingt-deux ans, Salvatore Misdea, devenu meurtrier dans des circonstances bien particulières. Sans entrer dans de longs détails, qu'il suffise de dire que, pour une cause futile, il tua ou blessa grièvement plusieurs soldats de sa compagnie, contre lesquels il s'acharna avec une rage tout impulsive. Traduit pour ces faits devant un conseil de guerre, il fut condamné à mort et fusillé.

La vie de Misdea, sa constitution médicale, ne laissent cependant aucun doute sur son état pathologiques. Au triple point de vue physique, intellectuel et affectif, la dégénérescence a imprimé sur lui ses stigmates : forme anormale du crâne et de la face ; facultés bornées ; oppositions de caractère telles que, de tout temps, cet individu passe, dans son entourage, pour un être capricieux, fantasque et extravagant; bizarreries qui, un peu avant de mourir, dans une lettre d'adieu à sa famille, lui font noter cette minutie : « Je vous écris en fumant le cigare. »

Tous ces signes, exposés avec le plus grand soin par les médecins italiens, sont ceux que l'on rencontre chez le *criminel de naissance*, chez le *fou moral*. Ils étaient encore exagérés par la présence de phénomènes spéciaux à l'épilepsie larvée. Enfin, les renseignements héréditaires, résumés dans le tableau ci-après reproduit, apportent leur confirmation à la doctrine de l'irresponsabilité.

(1) In *Revue scientifique*, 14 mars 1885, p. 341.

1er AIEUL : MICHEL MISDEA
Pas très intelligent, mais très actif.

- 1er Oncle. Imbécile, mort d'asthme.
- 2e Oncle. Bizarre et irascible.
  - 1er Cousin. Idiot.
  - 2e Cousin. Fou enfermé dans un asile.
  - 3e Cousin. Imbécile.
  - 4e Cousin. Imbécile, irascible.
- 3e Oncle. Boiteux, irascible; a tué un ami dans une rixe pour une cause légère. Mort aux galères, d'hémoptysie.
- 4e Oncle. Prêtre, semi-imbécile, irascible.
- 5e *Misdea père.* Bizarre, ivrogne, très irascible, prodigue. Marié à une femme hystérique, qui a un frère brigand et un autre voleur.
  - 1er Frère. Obscène, épileptique, ivrogne. Condamné pour coups.
  - *Salvatore Misdea* (le meurtrier).
  - 3e Frère. Sain.
  - 4e Frère. Impétueux, ivrogne.
  - 5e Frère. Caractère indocile.

Ce document se passe de tout commentaire.

Mais nous aurions mauvaise grâce à nier qu'on fait appel à l'assistance médicale. Nous demandons seulement qu'elle s'impose dans une plus large mesure. La question judiciaire devrait, il me semble, toujours se poser ainsi : Le crime n'est-il pas la conséquence d'un défaut matériel et inéluctable de l'organisme ? Car certainement l'homme peut *naître* criminel, comme aussi le devenir *par lésion acquise*. Telle est l'opinion que Broca soutenait, en 1878, au Congrès international des sciences anthropologiques (1), et qui ressort de recherches autorisées.

Benedikt (de Vienne) a trouvé des anomalies sur les 19 cerveaux de criminels qu'il a examinés en Hongrie. Des irrégularités analogues dans les circonvolutions et les plis de passage ont été remarquées, depuis, par Broca sur le cerveau de l'assassin Prévost (1880).

Les altérations constatées par le Dr Bordier, sur les 36 crânes de suppliciés envoyés par le musée de Caen à l'exposition d'anthropologie du Trocadéro, plaident dans le même sens. A cet égard, Bordier (2) opère un rapprochement curieux, inspiré directement par la théorie évolutionniste. Il assimile l'assassin moderne au sauvage et à l'homme préhistorique, dont la caractéristique commune serait le développement des centres impulsifs et la prédominance de la région pariétale du cerveau sur la région frontale, de l'action sur la réflexion. « Le criminel, conclut-il, est un sauvage en pays civilisé, et quelque chose de comparable à un animal qui, né de

(1) *Congrès international des sc. anthrop.* au palais du Trocadéro, 16-21 août 1878.

(2) Voir « *La Nature* », 1879, 2e sem., p. 186.

parents devenus depuis longtemps apprivoisés, habitués au travail, apparaîtrait brusquement avec la sauvagerie de ses premiers ancêtres. On voit parmi les espèces domestiques des individus de ce genre : ce sont des animaux rétifs, indomptables, insoumis. Parmi les hommes, leurs analogues sont les criminels ; venus en leur temps, à l'âge de pierre, ils auraient pu faire des chefs respectés de leur tribu. » Je laisse à l'auteur le mérite, mais aussi l'initiative de cette assertion. J'ajouterai cependant comme remarque, qu'il s'agit, pour les criminels reconnus malades, de lésions pathologiques.

D'après un travail récent du Dr Badik (1), basé sur l'examen de 600 condamnés et la pratique de plus de 60 autopsies, 10 p. 100 des détenus du pénitencier d'Illava (Hongrie) seraient des aliénés.

Une statistique du Dr Knecht (2), portant sur 1,214 malfaiteurs internés, donne une proportion de 47,7 p. 100 d'individus présentant des signes de déchéance physique; la plupart étaient atteints de troubles intellectuels (congénitaux ou acquis) de diverse nature.

Ten Kate et Pavlovsky (3), sans être affirmatifs sur les résultats des mensurations, sont portés à conclure, de leur étude sur 54 crânes de criminels, à l'existence de déformations pathologiques, de défectuosités plus ou moins considérables dans la majorité des cas.

Ces caractères anormaux consistent le plus souvent en exostoses, amincissement des os, arrêts de développement, ossification prématurée et grande simplicité des sutures.

(1) Voir in *Année méd.*, 1884, p. 201.
(2) Voir in *Arch. de neurol.*, p. 267, mars 1885.
(3) Ten Kate et Pavlovsky, *Sur quelques crânes de criminels et de suicidés*; in *Revue d'anthrop.*, janvier 1881, p. 108.

Des lésions méningées, des tumeurs de diverse nature, enfin l'asymétrie du cerveau, ont été indiquées. Lombroso (1) a noté la *brachycéphalie* comme signe fréquent.

Rappelons, comme rapprochement, que les altérations présentées par les idiots ne diffèrent pas des précédentes.

Est-ce à dire que la société puisse rester désarmée devant ces êtres dangereux? La conclusion négative s'impose. Nous ne voulons pas soutenir davantage que tout crime implique nécessairement la folie de celui qui le commet, mais le moyen coercitif ne doit pas dépasser le but et, surtout, se tromper de route. Que l'on réprime le vicieux jusqu'au jour où il pourra être amendé, mais que le malade soit rendu au régime de l'asile, dont il relève plus justement que de la règle pénitentiaire.

A ce sujet, nous repoussons, presque au même titre que la responsabilité totale, le système de la responsabilité *partielle*. Quel serait, en effet, le criterium de cette fragmentation? A quelle mesure en appellerions-nous pour doser la responsabilité? Cette méthode est, d'ailleurs, en contradiction avec la genèse des phénomènes morbides. Elle repose sur une fausse analyse psychologique qui, admettant une limitation étroite des divers produits intellectuels, arrive du même coup à circonscrire leur

(1) Le professeur Lombroso, dont les études sur l'*Uomo delinquente* sont connues, a signalé une anomalie encore peu remarquée et toute particulière : c'est l'existence d'une fossette moyenne, remplaçant la crête de l'os occipital, et que l'on rencontre dans la proportion de 16 p. 100 chez les criminels. Chez les hommes ordinaires, elle serait de 5 p. 100 seulement, mais chez les aliénés elle monterait à 10 et 12 p. 100, fait qui confirme le lien du crime et de la folie. — L'importance de la coïncidence entre les proportions de l'anomalie chez les Anciens, les criminels, les fous et certaines races à demi sauvages, ajouterait, d'après l'auteur, un argument puissant à l'opinion qui ne reconnaît dans les indices de dégénérescence autre chose que de l'atavisme. In *Revue scientifique*, 5 mai 1883, p. 575.

lésion. La doctrine des monomanies et des délires partiels n'a point d'autre base, et l'on sait ce qu'elle contient d'empirique et d'arbitraire. Nous sommes avec Magnan et Falret pour proclamer hautement l'irresponsabilité absolue, devant la loi, de tous les aliénés, quels que soient le degré ou la forme de la folie. « S'arrêtera-t-on aux aliénés dits raisonnants? Mais ces malades, malgré leurs apparences de raison, sont précisément ceux chez lesquels peut-être les actes ont le plus d'irrésistibilité, chez lesquels la maladie réside surtout dans le caractère involontaire et automatique de ces actes plutôt que dans un trouble étendu de l'esprit ; par conséquent, ils doivent être tenus pour les moins libres dans l'accomplissement de ces actes, quoiqu'ils conservent, en général, beaucoup d'intelligence pour les expliquer et les justifier au besoin (1). »

Ces considérations médico-légales méritent le développement qui leur a été consacré, mais ne perdons pas de vue que nous sommes loin d'avoir parcouru le domaine délirant du dégénéré. Sur ce terrain spécial, la folie prend, en effet, l'aspect le plus protéiforme, comprenant depuis le désordre mental le plus diffus jusqu'au trouble le plus restreint.

En dehors de ce délire d'action que nous venons d'étudier, et qui paraît être le produit d'un obscurcissement du sens moral, l'hérédité morbide se traduit souvent par des manifestations d'un autre ordre. La perversité systématique innée, l'instinct dépravé, ne sont plus en cause. Parfois une seule idée, mais fixe et singulière, s'impose à l'esprit

(1) J. Falret, art. *Responsabilité légale des aliénés*, p. 706. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. III, 3e série.

qui ne peut la chasser. Tantôt surgissent, tour à tour ou simultanément, des craintes absurdes, des obsessions grotesques, des penchants bizarres, qualifiés par les malades eux-mêmes de *manies*, d'excentricités. A un degré plus grave, l'acte impulsif se montre, extravagant ou ignoble, délictueux ou criminel, sans que l'individu, conscient de son état, disposé à combattre ses tendances, puisse réagir efficacement contre cette domination pathologique.

Le plus souvent — il est utile d'y insister — ce délire des sentiments et des actes s'accompagne de l'intégrité des fonctions intellectuelles proprement dites. La plupart de ces aliénés ont la notion exacte des phénomènes qui les tourmentent ; ils peuvent même continuer à vivre de l'existence ordinaire, parfois sans que l'altération profonde de leur esprit se manifeste au dehors. D'autres, nous l'avons vu, tout en conservant l'intelligence, ont le jugement vicié ; ils ne se rendent pas compte de leur situation, se défendent d'éprouver un phénomène maladif quelconque. Et cependant tous ces états, superficiellement disparates, trouvent leur raison d'être dans une modification primordiale commune. Ils appartiennent tous à une même espèce morbide, et nous ne devons pas plus les distinguer en *folies avec conscience* et en *folies raisonnantes,* en *folies morales* et en *folies lucides*, qu'en faire des entités distinctes, et les décrire séparément sous le nom de *monomanies impulsives*.

Quant à ces dernières, leur réfutation est péremptoire. « L'impulsion, dit Magnan (1), constitue un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est

(1) Magnan, *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*. Paris. 1881, p. 1.

parfois impuissante à empêcher. Ce trouble élémentaire se montre dans les formes mentales les plus diverses, leur empruntant d'ailleurs les caractères particuliers qui le distinguent : l'impulsion de l'épileptique est différente de celle qui pousse l'alcoolique, de celle aussi qui peut entraîner le mélancolique, le paralytique général, le délirant chronique. » L'impulsion n'a donc, dans ces cas, d'autre valeur que celle d'un symptôme plus ou moins saillant, et doit disparaître du cadre de la nosologie en tant qu'espèce pathologique. La folie héréditaire n'échappe point à la règle ; les monomanies instinctives ne sont pas davantage essentielles, et si l'acte impulsif devient pathognomonique, c'est qu'il prend sa manière d'être dans un terrain spécial.

Il n'est pas, en effet, de forme vésanique — sans en excepter le délire de l'épilepsie — où le trouble des actes soit plus impérieux que dans l'aliénation héréditaire. Le fou ordinaire obéit à une conception délirante, à une illusion, à une hallucination ; le dégénéré est impulsif de toutes pièces, ses actes puisent dans l'automatisme un cachet significatif d'irrésistibilité. La lutte qu'il soutient quelquefois contre la tendance qui le sollicite ne se retrouve elle-même dans aucune autre psychose.

Quoi qu'il en soit, l'impulsion ne forme jamais qu'une étape dans l'état mental du dégénéré. Si elle le caractérise, elle ne constitue pas, toute seule, la maladie. Chez un même individu l'on rencontre, d'une façon successive ou simultanée, la présence de plusieurs manifestations impulsives, parfois combinées avec des obsessions diverses. Une idée simplement excentrique ou baroque

peut toujours se transformer en tendances plus graves, et réciproquement. Un malade n'offre aujourd'hui qu'un penchant pour le vol; nous pouvons le retrouver plus tard avec une impulsion à l'homicide ou au suicide, ou bien sous le coup d'une aberration du sens génital.

Ces situations sont des plus fréquentes. Les observations consignées dans ce travail établissent cette disposition. Tel est également, pour n'en citer ici qu'un exemple, le cas de cette mélancolique dont parle Magnan dans son *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*. A côté de simples bizarreries de tendances, cette femme a présenté successivement: la terreur des épingles, la crainte du vol, et enfin des impulsions nymphomaniaques d'une nature particulière consistant dans un besoin irrésistible de cohabitation avec ses jeunes neveux. Très lucide, du reste (ainsi que la plupart des malades de cette catégorie), désolée et honteuse de ces désirs singuliers (1).

Comment interpréter ces faits avec la théorie des monomanies, et quelle désignation appliquer aux cas complexes? A moins de se contenter d'un changement d'étiquette en transformant la monomanie en *polymanie!*

Pour tout dire, la clinique ne justifie pas l'emploi de ces formules aussi vagues qu'arbitraires. Dans cette prétendue succession de monomanies, il ne faut voir, avec Magnan, que des expressions diverses d'une même situation mentale chez les dégénérés.

La question, d'ailleurs, se trouve en partie jugée. Tous ces états qualifiés du nom de *monomanies instinctives*, de *manie raisonnante*, de folies *morale*, *lucide*, *sans délire*, etc.,

(1) Voir, pour d'autres détails de l'observation, p. 151.

ne sont plus considérés comme essentiels. Le groupe des *folies raisonnantes* n'a même pas tardé à être détaché de la série des *folies avec conscience*, pour rentrer dans le cadre des aliénations héréditaires d'où, après les travaux de Morel, il n'aurait jamais dû sortir.

Mais cette division, pour réaliser un progrès sur la vieille doctrine, n'en reste pas moins incomplète. Si le caractère général de l'héréditaire dégénéré est reconnu, on ne le poursuit pas dans ses ramifications. On décrit une *agoraphobie*, une *folie du doute*, une classe spéciale d'actes impulsifs, et (pour nous servir d'un terme plus étendu) des *folies avec conscience*, des *névroses émotives*, prêtant ainsi une existence séparée à des branches d'une même tige, à des parties d'un même corps.

Je ne saisis point, quant à moi, la règle de la distinction. Faut-il invoquer la conservation plus ou moins réelle des facultés de l'entendement? Mais l'étude progressive des débilités mentales, telle que nous l'avons établie dans le précédent chapitre, ne démontre-t-elle pas qu'entre l'être abaissé profondément et le dégénéré le mieux doué, la différence n'existe que dans le degré d'anomalie ?

Peut-on en appeler à la diversité des manifestations de la pensée ou de l'acte? Mais l'obsession ou l'impulsion du dégénéré qui, conscient de son état, repousse loin de lui l'idée du crime, et celle du dégénéré vicieux qui se livre par système à tous les écarts, ne présentent-elles pas les mêmes attributs génériques ?

Nous ne saurions trop le répéter : les dégénérescences forment une chaîne continue dont les anneaux, quoique en grand nombre, s'agencent tous entre eux d'une ma-

nière plus ou moins immédiate. Depuis les cas d'effondrement cérébral jusqu'à ceux où l'intelligence a conservé son intégrité, la série n'est pas interrompue, et le mécanisme physiologique du phénomène maladif ne change pas dans sa nature intime. Nous en donnerons la démonstration complète dans le chapitre suivant. Au surplus, je ne prétends pas que l'on ait affaire à des produits extérieurement semblables, je dis que ce sont des genres d'une même famille, des termes successifs d'une même proposition.

Ne retrouvons-nous pas cette variété d'apparences dans la pathologie ordinaire, et l'arthritisme, par exemple, n'est-il donc plus lui-même parce qu'il détermine des phénomènes d'aspect souvent opposé? En restant dans le domaine de la neurologie, et pour ne parler que des tendances psychiques, ne voyons-nous point, parmi les idiots et les imbéciles, à côté de natures bienveillantes et disciplinées, des êtres rebelles et pourvus des plus mauvais instincts ?

De même pour les simples dégénérés. Chez eux également, si la forme se modifie, le fond de la maladie demeure invariable; folies raisonnantes et folies avec conscience relèvent, à des titres divers, d'une commune modalité pathologique. Aussi bien, l'état de conscience ne peut suffire, *en l'espèce*, à servir de trait fondamental; il ne doit pas avoir plus de signification en nosologie que sur le terrain psychologique; quand il arrive à se produire, « le *je veux* constate une situation, mais ne la constitue pas (1). »

(1) Ribot, *Les maladies de la volonté*, p. 175. Paris, 1885.

La preuve décisive de l'analogie de ces manifestations résulte de leur rapprochement descriptif. La symptomatologie, l'évolution, le pronostic des *folies avec conscience*, participent, au même titre que les *folies raisonnantes* (ce qui n'est plus contesté pour ces dernières), des caractères généraux de la folie héréditaire et, plus spécialement, de la dégénérescence.

« L'hérédité morbide, dit Legrand du Saulle (1), à propos de l'étiologie de cette forme mentale qu'il a décrite sous le nom de *folie du doute avec délire du toucher*, l'hérédité morbide joue ici un rôle d'une accablante prépondérance. Nous ne reviendrons pas sur les caractères si aisément reconnaissables de l'aliénation transmise et sur ses terribles conséquences, mais nous rappellerons que les excentriques, en général, appartiennent à des familles d'aliénés, et nous n'aurons pas beaucoup de peine à affirmer que la folie du doute va de préférence recruter ses victimes parmi les descendants officiels des névropathes, ces surnuméraires obligés de l'aliénation. » L'existence de la tare congénitale n'entre donc pas en discussion. Les défauts de la constitution physique, les inégalités, l'absence d'harmonie entre les facultés intellectuelles et morales, imperfections que l'on retrouve, en tout ou en partie, chez les malades de ce genre, sont à la fois l'apanage des dégénérés.

Où résiderait donc la différence? Pas davantage dans l'expression vésanique. Tout d'abord un même élément somatique, anxiété, palpitations, malaises locaux, angoisse générale, pouvant aboutir à la syncope, besoin

(1) Legrand du Saulle, *Folie du doute, loc. cit.*, p. 60.

incessant de mouvement succédant à des phases de prostration, sentiment de vacuité à la tête, fourmillements, sensations successives de chaleur et de froid, etc.

Du côté psychique, un phénomène absolument caractéristique, dégagé de toute cause hallucinatoire : l'obsession ou l'impulsion, avec son empreinte impérieuse et pressante, quand elle n'est pas irrésistible et instantanée, s'accompagnant dans tous les cas d'une lucidité d'esprit remarquable.

De même que pour toute aliénation héréditaire, l'affection prend la forme rémittente et se traduit en accès paroxystiques plus ou moins fréquents, plus ou moins prolongés; le désordre morbide peut se montrer presque subitement pour disparaître avec une égale promptitude. Il est vrai que l'hérédité ne cessant pas de faire sentir son influence, et le malade se trouvant, pour ainsi parler, sous le coup d'une incubation continue, les rechutes sont toujours imminentes.

Enfin, si le trouble mental se constitue de bonne heure, dès l'enfance ou à la puberté, ajoutons, comme circonstance favorable, qu'il n'aboutit pas ordinairement, malgré sa durée, à une véritable démence (1).

J'insiste encore sur ce point, que la manière d'être de l'obsession ou de la tendance impulsive se limite rarement à une formule unique. L'agoraphobie, la claustrophobie, la folie du doute — pour ne citer que ces

(1) J'ai consacré, dans le dernier chapitre, p. 161, une note assez détaillée, relative à l'apparition de la démence, chez les dégénérés. En disant ici que le trouble mental aboutit rarement à la démence, j'ai en vue une catégorie spéciale de cas. Dans beaucoup d'autres, en effet, l'affaiblissement intellectuel, d'une précocité remarquable, constitue parfois le phénomène le plus saillant de l'affection héréditaire.

particularités — existeraient-elles même isolément et sans mélange d'autres signes plus ou moins saillants mais tout aussi variables, qu'elles n'auraient pas pour cela, nous venons de le démontrer, de valeur principale. Ces manifestations, comme celles que nous allons étudier dans le prochain chapitre, ne sont jamais indépendantes, elles ne forment qu'un épisode d'une maladie plus générale. Simples ou graves, les divers états qui nous occupent se greffent tous sur le fonds commun de la dégénérescence. Après Magnan (1), nous les décrirons sous le titre d'ensemble de *syndromes épisodiques des héréditaires*.

(1) Magnan, *Leçons cliniques sur la folie des dégénérés*, 1883.

CHAPITRE IV

SYNDROMES ÉPISODIQUES DES HÉRÉDITAIRES.

Craintes. Superstitions. Obsessions. Impulsions. — Topophobie. Claustrophobie. Agoraphobie : *Observation* II. – Maladies de la volonté. — Critique de la folie du doute avec délire du toucher. — Nature dégénérative de ces tendances : *Observation* III. *Observation* IV. *Observation* V. — Bélénophobie. — Arithmomanie. Onomatomanie : Recherche angoissante du chiffre et du nom. *Observation* VI. *Observation* VII. *Observation* VIII. Répétition irrésistible du nom. Echolalie. Coprolalie. *Observation* IX. *Observation* X. *Observation* XI. Crainte du mot compromettant. — Conservation de l'intelligence; lutte intérieure. — Interrogation mentale : *Observation* XII. *Observation* XIII. — Amour exagéré des animaux : végétariens; antivivisectionnistes. *Observation* XIV. — Monomanies instinctives. Caractère automatique et involontaire des actes impulsifs. Analogies et différences. — Kleptomanie. — Pyromanie. — Impulsions homicide et suicide : *Observation* XV. — Dipsomanie. — Sitiomanie. — Anomalies, perversions et aberrations sexuelles : Érotomanie. Nymphomanie. Satyriasis. Exhibitionnistes. Inversion du sens génital, etc. *Observation* XVI. *Observation* XVII. — Classification générale des syndromes épisodiques.

Depuis l'acte le plus simplement puéril ou excentrique jusqu'aux faits de la plus haute gravité, depuis l'idée la plus extravagante jusqu'à l'obsession la plus dangereuse, toutes les tendances peuvent germer et trouver place dans l'esprit des dégénérés.

« Les uns n'osent pas toucher la monnaie d'or, d'argent ou de cuivre, de peur de contracter des maladies incon-

nues, ceux-ci n'ouvrent jamais une porte sans s'être enveloppé les mains avec les pans de leurs habits (1). » La crainte prend, d'ailleurs, les formes les plus diverses et s'applique aux objets les plus variés. Tantôt, comme chez la malade de l'observation V, c'est la répulsion pour certaines substances considérées comme nuisibles, l'appréhension de la vue ou du contact des épingles, du verre, du jais, du mastic de vitrier. — Morel parle d'un suisse de la cathédrale de Rouen qui, depuis vingt-cinq ans, tourmenté de répugnances absurdes, n'ose toucher à sa hallebarde, se raisonne, s'invective, et finit par triompher, mais par un sacrifice qu'il craint de ne pouvoir faire le lendemain. — Dans l'observation IV, le délire du toucher s'accompagne de la frayeur qu'entraîne la présence ou l'idée d'un animal : chien ou chat.

Il est des malades qui ont des scrupules chimériques, font leur *meâ-culpâ* à propos de tout et de rien. Certains redoutent d'être accusés d'avoir volé, se demandent même parfois s'ils n'ont pas effectué tel ou tel détournement. Chez d'autres, l'exactitude dégénère en bagatelles insignifiantes, crée l'hésitation pour toute chose déterminée, fait surgir l'inquiétude pour les actions les plus ordinaires de la vie.

Ou bien ce sont des superstitions bizarres : celui-ci évite les enterrements, les robes noires; un autre prête une signification favorable ou fâcheuse à l'un des jours de la semaine, au quantième du mois. Un malade de Maudsley pense constamment à certains nombres et à certains mots, et il remarque que ces nombres ou ces

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 530. Paris, 1860.

mots apparaissent avec une fréquence mystérieuse dans toutes sortes d'occasions. — Dans un cas cité par Morel, il s'agit d'un magistrat distingué qui avait soin, durant ses promenades, de ne pas appuyer son pied à angle droit avec les points de jonction des pavés ; toute disposition simulant une croix devenait pour lui un signe de mauvais augure.

Dans la série des personnes dont l'esprit est envahi par une idée fixe, l'obsession peut prendre la forme interrogative. Parfois « le *pourquoi* et le *comment* des choses semblent s'exercer de préférence sur des sujets irritants, inexplicables, et nécessitant une grande tension intellectuelle (1). » Les grands problèmes de la nature font les frais d'une préoccupation incessante, mais très souvent la demande futile domine. Legrand du Saulle rapporte le fait d'un négociant qui est obligé, par exemple, de discuter avec lui-même : pourquoi les couleurs sont inégalement réparties; pourquoi les arbres sont verts ; pourquoi les soldats portent un pantalon rouge; pourquoi la femme se marie en blanc ; pourquoi le deuil se porte en noir; pourquoi tels papiers sont peints en bleu, en jaune, en rose, ou en gris, etc. ?

Dans une observation de Griesinger (2), le malade s'adressait les questions suivantes : Pourquoi tel objet a-t-il telle dimension et pourquoi tel autre est-il de telle grandeur? Pourquoi telle personne est-elle d'une aussi petite taille? pourquoi n'est-elle pas haute comme la chambre? Pourquoi les hommes en général ne sont-ils pas plus grands qu'ils ne le sont? Comment ne sont-ils pas aussi grands

(1) Legrand du Saulle, *La Folie du doute*, *loc. cit.*, p. 17.
(2) In *Archiv für Psychiatrie*, 1868.

que les maisons? — Vient-il à mettre sa casquette sur sa cuisse droite : pourquoi, pense-t-il, n'est-elle pas sur la cuisse gauche? Il la pose sur la gauche : pourquoi n'est-elle pas sur la droite?

§ I. — On a donné le nom d'*agoraphobie* à l'état spécial de certains individus qui ont la terreur des espaces, qui tremblent à l'idée seule de parcourir une place, une rue, un lieu largement ouvert. Le terme plus général de *topophobie* serait mieux applicable, car, suivant la remarque très juste de Ritti (1) qui, dans son article sur la *Folie avec conscience*, a reproduit les cas les plus curieux, « en lisant les observations des auteurs on constate que les malades sont pris de la même peur au théâtre, à l'église, à un étage un peu élevé, à une fenêtre donnant sur une grande cour ou sur la campagne, dans un omnibus, dans une barque ou sur un pont. » Ils ont, en un mot, l'horreur du vide, que ce dernier s'applique à la hauteur, à l'étendue ou à la profondeur. Circonstance singulière : la plupart n'éprouvent de phénomènes vertigineux qu'étant livrés à eux-mêmes ; le secours d'un bras étranger, une distraction momentanée, une manœuvre quelconque enfin, variable selon les personnes, peut calmer le sentiment d'angoisse qui les étreint.

Dans une observation de Westphal (2), un voyageur de commerce, toutes les fois qu'il doit traverser une des grandes places de Berlin, a l'impression que cette distance est de plusieurs milles, que jamais il ne pourra atteindre le but; en même temps l'anxiété le saisit, ainsi qu'un tremblement général. Ces symptômes diminuent ou disparaissent

(1) Ritti, *loc. cit.*, p. 312.
(2) In *Archiv für Psychiatrie*, t. III, 1872.

s'il contourne la place en suivant les maisons, s'il est accompagné, ou simplement s'il s'appuie sur une canne.

Le même auteur raconte l'histoire d'un curé en proie à la plus profonde inquiétude dès qu'il se trouvait dans un lieu sans voûte ou sans plafond; à la campagne, il avait soin de marcher le long des taillis, de rechercher l'abri des arbres; en plaine, il ouvrait son parapluie, sous lequel il était plus rassuré.

Legrand du Saulle (1) cite le fait d'un jeune lieutenant d'infanterie qui était saisi de frayeur en traversant une place publique en habits bourgeois, mais qui reprenait toute son assurance lorsqu'il arpentait la même place en uniforme, le sabre au côté. Ce malade ressentait des troubles semblables quand il apercevait le vide soit du haut d'une colline, soit d'une fenêtre élevée. Aussi, après avoir souvent changé de logement, était-il arrivé à louer une boutique dont il laissait les volets fermés; en tout temps il allumait une bougie, couchait dans l'arrière-boutique, sortait et rentrait par la petite cour de la maison.

Comme contraste à l'agoraphobie, on peut constater la peur des espaces fermés. Les *claustrophobes* redoutent de se trouver confinés dans un endroit quelconque : chambre, omnibus, wagon de chemin de fer; d'autres sont pris d'agitation et d'angoisse à l'idée seule de passer sous un pont ou de traverser un tunnel.

Les différents auteurs qui ont décrit la peur des espaces demeurent tous d'accord pour signaler, dans l'étiologie de l'affection, l'hérédité nerveuse, mais sans attacher à cette dernière l'importance qu'elle mérite.

(1) In *Gazette des hôpitaux*, 23 oct. 1877.

Nous ne saurions voir dans la *topophobie* autre chose qu'un syndrome de la dégénérescence. Les commémoratifs, la forme de la crainte et son expression, en indiquent suffisamment la genèse (*V. obs.* IV). Elle n'existe pas toujours, du reste, à l'état de phénomène isolé, et l'agoraphobe dont nous résumons ci-après l'histoire est au moins intéressant à ce titre. L'observation nous montre l'agoraphobie non pas comme une particularité saillante et unique, mais relevant, au contraire, d'une formule délirante complexe.

Observation II. (Personnelle.) — *Idées mystiques et hypochondriaques. — Troubles de la sensibilité générale. — Lucidité apparente. — Impulsions diverses. — Agoraphobie.*

Il s'agit d'un malade, âgé de vingt-neuf ans, sur lequel les renseignements héréditaires nous manquent, mais que nous n'hésitons pas à classer dans la catégorie des dégénérés. Les signes physiques eux-mêmes sont négatifs, mais le désordre mental nous paraît caractéristique. Quoique relativement lucide et malgré sa bonne situation sociale, M. X... révèle une intelligence au-dessous de la moyenne. De tout temps, il s'est livré à l'onanisme et aux excès de boissons. Se trouvant il y a quelques années sous le coup de tendances au suicide, un jour il essaya même de se pendre.

Son état mental est caractérisé par un mélange assez confus de préoccupations hypochondriaques, d'idées mystiques et ambitieuses. Il se dit obsédé par des voix partant des intestins et qui répondent à ses pensées les plus secrètes ; — il ressent des piqûres et des secousses dans les membres ; — ses artères sont trop dures ; — les fibres du cerveau lui font mal ; — son cœur ne bat plus, etc. Parfois, il se donne des facultés supérieures et prétend s'entretenir avec les saints. Par intervalles, l'excitation survient, subite et violente, mais tombant aussi brusquement qu'elle s'est montrée.

Des troubles vertigineux interviennent dès que le malade se trouve sur un terrain spacieusement découvert, et ces

manifestations, peu accusées aujourd'hui, ont été très développées. A une époque antérieure, il ne pouvait descendre seul dans la rue sans être pris d'anxiété ; au milieu d'une place surtout, l'angoisse le saisissait, il se sentait couvert d'une sueur froide, ses jambes tremblaient sous lui et la chute devenait imminente. La présence d'autres personnes, un appui immédiat, suffisaient souvent pour faire disparaître ces phénomènes.

§ II. — Avant de poursuivre ces citations et de revenir à la description générale, je me permets une digression, nécessaire je crois, pour bien spécifier les dispositions de cette nature. Déjà, ne reproche-t-on pas assez aux aliénistes de ne voir partout que des aliénés ? On pourrait m'objecter ici que beaucoup d'individus, gens intelligents et instruits pour la plupart, tout en se faisant remarquer par un côté méticuleux ou étrange, ne doivent point, à cela près, être considérés comme des malades. Il est évident qu'un trait ridicule, qu'une minutie, une précaution exagérée, ne suffisent pas, isolés et fugaces, pour constituer une situation pathologique, mais en sera-t-il de même si les inconséquences, au lieu de s'interrompre, s'imposent comme un besoin opiniâtre ? si la répétition de la pensée ou de l'acte anormal, si l'obsession, l'anxiété consécutives, finissent par enlever toute liberté d'esprit ? J'ajoute que, dans certaines conditions déterminées, ces tendances — réaction individuelle mise de côté — deviennent significatives ; elles sont l'indice d'une modification profonde, constamment puisée dans l'hérédité morbide.

La plupart des états de ce genre, connus sous le nom de *monomanie*, d'*hypochondrie morale*, de *folie lucide*, de *névroses émotives*, de *terreurs morbides*, etc., ne forment que

des variétés de la folie héréditaire. J'ai assez longuement établi, dans le chapitre précédent, les caractères de la dégénérescence, pour permettre d'y rattacher les cas qui en dépendent, comme aussi d'en écarter ceux qui s'en différencient. Cette restriction faite, il nous sera facile de trouver dans les ouvrages d'Esquirol, de Griesinger, Guislain, Baillarger, Marcé, Trélat, Falret, Delasiauve, Legrand du Saulle, pour ne citer que ces auteurs, un grand nombre d'exemples qui, malgré leurs appellations diverses, ne demandent, pour rentrer dans notre sujet, qu'une interprétation plus exacte.

Il en est de même de quelques observations rapportées par Billod (1) sous le titre de *maladies de la volonté*. Un homme de soixante-cinq ans, M. P..., ancien notaire, tombe, à la suite de la vente de son étude, dans la mélancolie. « La faculté qui nous a paru le plus notablement altérée, dit Billod, c'est la volonté. Le malade accuse une impossibilité fréquente de vouloir exécuter certains actes, bien qu'il en ait le désir et que son jugement sain, par une sage délibération, lui en fasse voir l'opportunité, souvent même la nécessité. »

L'épisode principal d'un voyage qu'entreprend M. P... reproduit les élements les plus importants de cette inégalité : « Le malade devait, avant de s'embarquer à Marseille, faire une procuration pour autoriser sa femme à vendre une maison. Il la rédige lui-même, la transcrit sur papier timbré et s'apprête à la signer, lorsque surgit un obstacle sur lequel nous étions loin de compter. Après avoir écrit son nom, il lui est de toute impossibilité de parapher.

(1) Billod, in *Ann. méd. psych.*, t. X, 1847, p. 172.

« C'est en vain que le malade lutte contre cette difficulté. Cent fois au moins, il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier, les mouvements nécessaires à cette exécution, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main; cent fois la volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts d'appliquer la plume sur le papier. M. P... sue sang et eau, il se lève avec impatience, frappe la terre du pied, puis se rassied et fait de nouvelles tentatives : la plume ne peut toujours pas s'appliquer sur le papier.

« Niera-t-on ici que M. P... ait le vif désir d'achever sa signature et qu'il comprenne l'importance de cet acte? Niera-t-on l'intégrité de l'organe chargé d'exécuter le paraphe? L'agent paraît aussi sain que l'instrument; mais le premier ne peut s'appliquer sur le second. La volonté fait évidemment défaut. Cette lutte a duré trois quarts d'heure; cette succession d'efforts a enfin abouti à un résultat dont je désespérais : le paraphe fut très imparfait, mais il fut exécuté. J'ai été témoin de cette lutte; j'y prenais le plus vif intérêt, et je déclare qu'il était impossible de constater plus manifestement une impossibilité de vouloir, malgré le désir.

« Je constatai quelques jours après une impossibilité du même genre. Il s'agissait de sortir après le dîner. M. P... en avait le plus vif désir, il eût voulu, me dit-il, avoir une idée de la physionomie de la ville. Pendant cinq jours de suite, il prenait son chapeau, se tenait debout et se disposait à sortir; mais, vain espoir, sa volonté ne pouvait ordonner à ses jambes de se mettre en marche pour le transporter dans la rue. « Je suis évidemment mon propre prisonnier, disait le malade; ce n'est pas

vous qui m'empêchez de sortir, ce ne sont pas mes jambes qui s'y opposent : qu'est-ce donc alors ? » M. P... se plaignait ainsi de ne *pouvoir vouloir*, malgré l'envie qu'il en avait. Après cinq jours enfin, faisant un dernier effort, il parvient à sortir et rentre cinq minutes après, suant et haletant, comme s'il eût franchi en courant plusieurs kilomètres et fort étonné lui-même de ce qu'il venait de faire.

« Les exemples de cette impossibilité se reproduisaient à chaque instant. Le malade avait-il le désir d'aller au spectacle, il ne pouvait vouloir y aller ; était-il à table à côté de convives aimables, il eût voulu prendre part à la conversation, mais toujours la même impuissance le poursuivait. Il est vrai que souvent cette impuissance n'existait pour ainsi dire qu'en appréhension ; le malade craignait de ne pas pouvoir, et cependant il y parvenait, même plus souvent qu'il ne l'appréhendait ; mais souvent aussi, il faut le dire, ses appréhensions étaient légitimes. »

La tentative faite par Legrand du Saulle, dans son étude sur la *folie du doute avec délire du toucher*, a eu le mérite de rassembler en faisceau une série d'observations jusqu'alors indistinctes ou malencontreusement classées. Mais la critique reste entière sur son idée de donner à cette forme d'aliénation une existence à part, de la considérer comme « l'une des quatre variétés nosologiques de la folie avec conscience. » Nous avons déjà essayé de démontrer l'erreur et nous y revenons, ne pouvant adopter davantage le mode d'évolution signalé par l'auteur qui fait tenir l'affection dans ces signes cliniques prédominants : l'interrogation mentale

produite par le doute, et la crainte du contact des objets extérieurs. « Le doute, dit-il, ouvre la scène morbide; longtemps après, les excentricités du tact la ferment. Dans la désignation nominale de la maladie, le *doute* et le *toucher* doivent être réunis. » Et après avoir exposé (avec raison) que la maladie n'est pas continue, qu'elle procède par paroxysmes traversés par des phases de rémission ; il ajoute (ce qui est moins réel) qu'elle passe ensuite par trois étapes très nuancées et tout à fait différentes l'une de l'autre.

La confusion devait nécessairement résulter de la rigueur attachée à ces formules. Ainsi comprises, elles devaient pousser à circonscrire un cadre pathologique dont l'expression est, au contraire, infiniment variée. Je sais bien que la succession indiquée se rencontre dans certains cas, mais d'une façon tout accidentelle. Le *doute* peut exister sans *délire du toucher* et réciproquement; les deux syndromes peuvent se trouver mêlés, conjointement ou séparément, à d'autres signes épisodiques.

En fait, tous ces phénomènes ont, dans leur début et dans leur marche, la plus grande irrégularité; ils ne sont pas plus limités à la présence de manifestations interrogatives, qu'ils ne sont caractérisés par des accessoires de même valeur. La folie du doute n'est qu'un incident de la folie des dégénérés; c'est un événement secondaire survenant dans le cours d'une action principale; elle ne doit pas être autrement envisagée. Que la crainte se porte sur tel ou tel objet, qu'elle se déploie ou se concentre, on y retrouve toujours les attributs de l'aliénation héréditaire; même avant toute apparition bruyante, la dégénérescence a déjà imprimé son cachet indélébile.

Je donne ici deux observations (III et X) puisées dans le travail de Legrand du Saulle. Leur simple rapprochement avec celles que nous présenterons plus loin comme types de la physionomie des dégénérés sera la meilleure confirmation de notre thèse.

Tout d'abord une observation relatée par Esquirol dans son chapitre sur la *monomanie*, et que Legrand du Saulle n'hésite pas à faire dépendre de « la névrose » qu'il décrit.

Observation III. (Esquirol, in *Maladies mentales*, t. II, p. 63.) — *Scrupules*. — *Appréhensions*. — *Délire du toucher*. — *Lucidité*.

Mademoiselle F..., âgée de trente-quatre ans, est d'une taille élevée; elle a les cheveux châtains, les yeux bleus, la face colorée, le tempérament sanguin; elle est d'un caractère gai et d'une humeur douce. Elevée dans le commerce dès la première jeunesse, elle craignait de faire tort aux autres. Plus tard, lorsqu'elle faisait un compte, elle appréhendait de se tromper au préjudice de ceux pour qui était ce compte.

Mademoiselle F... allait fréquemment chez une tante, sans chapeau et avec un tablier qu'elle portait habituellement; un jour, à l'âge de dix-huit ans, sans cause connue, en sortant de chez sa tante, elle est saisie de l'inquiétude qu'elle pourrait bien, sans le vouloir, emporter dans les poches de son tablier quelque objet appartenant à sa tante. Elle fit désormais ses visites sans tablier.

Plus tard, elle met beaucoup de temps pour achever des comptes et des factures, appréhendant de commettre quelque erreur, de poser un chiffre pour un autre et, par conséquent, de faire tort aux acheteurs. Plus tard encore, elle craint, en touchant à la monnaie, de retenir dans ses doigts quelque chose de valeur.

En vain lui objecte-t-on qu'elle ne peut retenir une pièce de monnaie sans s'en apercevoir, que le contact de ses doigts ne peut altérer la valeur de l'argent qu'elle touche. « Cela est

vrai, répond-elle, mon inquiétude est absurde et ridicule, mais je ne peux m'en défendre. »

Il fallut quitter le commerce. Peu à peu les appréhensions augmentent et se généralisent.

Lorsque mademoiselle F... porte ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillent; elle lave ses mains à grande eau. Lorsque ses vêtements frottent contre quelque objet que ce soit, elle est inquiète et tourmentée. Est-elle quelque part, elle apporte toute son attention pour ne toucher à rien ni avec ses mains, ni avec ses vêtements. Elle contracte une singulière habitude : lorsqu'elle touche à quelque chose. lorsque ses vêtements ont été en contact avec un meuble ou avec un autre objet, lorsque quelqu'un entre dans son appartement, ou qu'elle fait une visite, elle secoue vivement ses mains, frotte les doigts de chaque main les uns contre les autres, comme s'il s'agissait d'enlever une matière très subtile cachée sous les ongles.

Ce singulier mouvement se renouvelle à tous les instants de la journée et dans toutes les occasions. Mademoiselle F... veut-elle passer d'un appartement dans un autre, elle hésite, et, pendant toute l'hésitation, elle prend toutes sortes de précautions pour que ses vêtements ne touchent ni aux portes ni aux murs, ni aux meubles. Elle se garde bien d'ouvrir les portes, les croisées, les armoires, etc.; quelque chose de valeur pourrait être attaché aux clefs ou aux boutons qui servent à les ouvrir, et rester après ses mains. Avant de s'asseoir, elle examine avec le plus grand soin le siège, elle le secoue même s'il est mobile, pour s'assurer que rien de précieux ne s'attachera à ses vêtements. Mademoiselle F... découpe les ourlets de son linge et de ses robes, de crainte que quelque chose ne soit caché dans ces ourlets. Ses souliers sont si étroits que la peau dépasse la bordure des souliers, ses pieds gonflent et la font beaucoup souffrir; cette torture a pour motif d'empêcher quelque chose de s'introduire dans le soulier. Les inquiétudes sont quelquefois, pendant les paroxysmes, poussées si loin qu'elle n'ose toucher à rien, pas même à ses aliments; sa femme de chambre est obligée de porter les aliments à sa bouche.

Après plusieurs périodes de rémission et d'exaspération,

répétées pendant plusieurs années, après avoir reconnu l'impuissance des conseils de ses parents, de ses amis et de sa propre raison, elle se décide à se rendre à Paris. L'isolement, le soin des étrangers, les efforts que fait mademoiselle F... pour cacher sa maladie, améliorent sensiblement son état, mais le chagrin d'avoir quitté ses parents, le désir de les voir, la déterminent, après deux mois, à retourner dans sa famille. Là, elle reprend peu à peu toutes ses inquiétudes et toutes ses manies. Après quelques mois, elle quitte volontairement la maison paternelle pour habiter et vivre avec la famille d'un médecin. Elle perd encore une grande partie de ses appréhensions et de ses habitudes bizarres. Un an est à peine écoulé que les mêmes inquiétudes se renouvellent ainsi que les mêmes précautions. Le paroxysme dure pendant dix-huit mois. Après un an de rémission, nouveaux paroxysmes; mademoiselle F... vient se confier à mes soins à la fin de l'année 1834.

Pendant dix-huit mois, à peine s'aperçoit-on des mouvements des mains et des doigts et de toutes les autres précautions qu'elle prend; mais depuis six mois (juin 1837), les phénomènes reparaissent avec plus d'intensité, laquelle augmente de jour en jour.

Pour faire mieux apprécier cette singulière aberration, je tracerai la manière de vivre de mademoiselle F... pendant un jour : elle se lève à six heures, l'été comme l'hiver, sa toilette dure ordinairement une heure et demie, et plus de trois heures pendant les périodes d'excitation.

Avant de quitter son lit, elle frotte ses pieds pendant dix minutes pour enlever ce qui a pu se glisser entre les orteils ou sous les ongles; ensuite elle tourne et retourne ses pantoufles, les secoue et les présente à sa femme de chambre pour que celle-ci, après les avoir bien examinées, assure qu'elles ne cachent pas quelque chose de valeur. Le peigne est passé un grand nombre de fois dans les cheveux, pour le même motif. Chaque pièce des vêtements est successivement un grand nombre de fois examinée, inspectée dans tous les plis et replis, et secouée vivement. Après chacune de ces précautions, les mains sont vivement secouées à leur tour, et les doigts de chaque main frottés les uns contre les autres ; ce frottement

des doigts se fait avec une rapidité extrême et se répète jusqu'à ce que le nombre de ces frottements, qui est compté à haute voix, soit suffisant pour convaincre mademoiselle F... qu'il ne reste rien après ses doigts. Les préoccupations et l'inquiétude de la malade sont telles, pendant cette minutieuse exploration, qu'elle sue et qu'elle en est excédée de fatigue; si, par quelque circonstance, ces précautions ne sont point prises, mademoiselle F... est mal à l'aise pendant toute la journée. La femme de chambre, qui ne doit jamais la quitter, assiste à cette longue toilette pour aider la malade à se convaincre que nul objet de valeur n'est adhérent à ses vêtements ou à ses doigts. Les affirmations de cette femme abrègent les précautions et la toilette. Si l'on menace d'envoyer une seconde femme, la toilette est abrégée, mais la malade est tourmentée tout le jour.

Déjeuner à dix heures : avant de commencer son repas, mademoiselle F... explore et secoue les serviettes, les verres, les carafes, les couteaux; elle secoue et frotte ses doigts après qu'elle a touché les diverses pièces de son couvert. Il en est de même pour le dîner. La présence des étrangers ne la retient point. Elle mange avec une sorte de vivacité.

Avant de se coucher, elle prend les mêmes précautions, et sa toilette du soir dure plus d'une heure.

Pendant la journée, mademoiselle F... lit ou se livre à quelque travail d'aiguille, mais elle a bien soin de secouer les livres, l'ouvrage, avant de s'en servir, de secouer ses mains et de frotter ses doigts chaque fois qu'elle a touché à ces divers objets.

S'il lui arrive de porter les mains à ses cheveux, à sa figure, à ses vêtements, ou sur quelque objet placé auprès d'elle, elle secoue, elle frotte ses doigts, comme je l'ai dit plus haut. Mademoiselle F... écrit à sa famille pour lui rendre compte de son état, de ce qu'elle fait, de ses projets, de ses espérances de guérison; avant d'écrire, elle secoue le papier, les plumes, l'écritoire, et ne cachète jamais ses lettres avant que sa femme de chambre ne l'ait assurée qu'il n'y a rien dans les plis du papier. Elle ne décachète jamais les lettres qu'elle reçoit. Pendant les paroxysmes, mademoiselle F... ne lit, ne travaille et n'écrit qu'en présence de sa femme de chambre, et, si elle est accidentellement seule, même dans son appar-

tement, elle ne s'asseoit pas avant que celle-ci arrive et assure qu'il n'y a rien sur le siège qui empêche de s'asseoir. Mademoiselle F... fait des visites ; en entrant, elle se garantit de tout contact, se balance autour du siège, l'examine, le secoue, et elle fait tout cela avec assez d'adresse pour qu'on ne s'en aperçoive pas tout d'abord. Reçoit-elle des visites, elle approche un fauteuil, mais aussitôt elle secoue et frotte ses doigts. Elle fait des voyages dans sa ville natale, mais elle s'arrange de manière à arriver de très grand matin, afin d'avoir le temps de changer de linge, de vêtements, et de se laver avant d'embrasser ses parents à leur lever.

Mademoiselle F... ne déraisonne jamais ; elle a le sentiment de son état, elle reconnaît le ridicule de ses appréhensions, l'absurdité de ses précautions ; elle en rit, elle en plaisante ; quelquefois elle en gémit et en pleure ; non seulement elle fait des efforts pour se vaincre, mais elle indique les moyens, même très désagréables, qu'elle croit propres à l'aider pour triompher de ses appréhensions et de ses précautions.

Mademoiselle F... soigne sa toilette, mais sans recherche ; elle achète chez les marchands, mais sa femme de chambre paye ; elle compte ensuite avec celle-ci et lui fait prendre son argent dans son secrétaire, sans y toucher elle-même.

Mademoiselle F... aime la distraction, elle va au spectacle, dans les promenades publiques ; elle fait des parties de campagne ; tous les soirs elle se réunit à une société ; sa conversation est gaie, spirituelle et quelquefois malicieuse ; mais si elle porte ses mains à sa tête, à sa figure, à sa robe, à son fauteuil ou au fauteuil de quelque autre personne, elle secoue, se frotte vivement les doigts ; elle fait de même si quelqu'un entre ou sort du salon. Elle conserve, d'ailleurs, une très bonne santé ; l'appétit et le sommeil sont bons ; elle a quelquefois de la céphalalgie ; la face se colore promptement pour la plus légère émotion ; elle se prête à tous les soins médicaux qui lui sont proposés ; elle répugne aux bains, à cause des précautions qu'elle est obligée de prendre avant d'entrer dans l'eau et après en être sortie.

Il serait impossible, dans aucun temps, de surprendre le moindre désordre dans les sensations, dans le raisonnement, dans les affections de cette intéressante malade.

Un seul point à regretter, dans cette observation si complète en tous ses détails épisodiques, c'est l'absence des renseignements héréditaires. Pour nous, d'ailleurs, l'incertitude ne saurait exister, et l'oubli s'expliquerait facilement : pénétré de la doctrine des monomanies, Esquirol ne pouvait rattacher à leur véritable cause les phénomènes morbides qu'il a notés d'une main magistrale. La similitude de ces troubles avec ceux que présentent les malades dont nous faisons la base de notre étude, est trop évidente par elle-même, pour que nous ayons besoin d'y insister.

OBSERVATION IV. (Personnelle.) — *Hérédité double et convergente, presque similaire. — Nervosisme du grand-père maternel. — Mélancolie du père : obsessions, recherche anxieuse du nom. — Mère hystérique, bizarre : craintes diverses, topophobie. — Tante maternelle très nerveuse : tendances au mysticisme. — Impressionnabilité dès l'enfance et l'adolescence. — Début des accidents morbides actuels, en* 1876 : *superstitions, terreurs, répugnances, obsessions, délire du toucher, agoraphobie, topophobie, onomatomanie, impulsions. — Paroxysmes. — Conscience de son état.*

Il est peu de cas où les résultats de l'action héréditaire aboutissant à la dégénérescence soient plus évidents que chez la malade qui fait le sujet de cette observation. Influence d'ailleurs multiple, et, par certains côtés, similaire ; loin d'être limitée aux ascendants proches et directs, on en retrouve la trace chez les grands-parents et chez les collatéraux.

Madame L... résume en elle les effets de l'accumulation de la tare névropathique d'une famille.

Le grand-père maternel meurt à cinquante ans, dans des circonstances importantes à signaler : pendant un accès sur lequel manquent les renseignements précis, mais que l'on qualifie d'accès de nervosisme (?), cet homme quitte subitement

sa maison et se met à courir à l'aventure; son entourage, prévenu, retrouve ses traces, mais le malade, en cherchant à éviter la poursuite, tombe d'un lieu élevé et trouve la mort dans sa chute.

La grand-mère maternelle est bien équilibrée, mais l'hérédité paternelle s'impose aux deux filles, dont l'aînée (tante de la malade) se fait remarquer par des bizarreries de caractère, par un état nerveux qui la pousse en toute chose à l'extrême exagération ; finalement, elle se livre sans mesure aux pratiques religieuses.

La mère de madame L... est la sœur cadette. Agée de soixante-douze ans, cette dame, qui se porte bien aujourd'hui, quoique toujours émotive et irritable, avait dans sa jeunesse des attaques d'hystérie et présentait les troubles intellectuels et moraux caractéristiques de cette névrose : extravagances, emportements faciles, mobilité et repentir succédant à l'action commise, etc. Un an avant la naissance de madame L..., elle avait perdu une fille qui parut emporter toute la passion maternelle. Le culte de la morte resta exclusif à ce point que, pendant la gestation de sa seconde fille, la mère avait déjà pris en grippe celle qui n'était pas encore venue au monde; plus tard, après l'avoir mise en nourrice, elle disait parfois qu'elle n'avait pas d'enfant. Cette répugnance fut cependant passagère, mais madame L... a toujours craint plutôt qu'elle n'a aimé sa mère, car cette dernière la battait souvent et sans motifs; il est vrai qu'un instant après, elle se laissait aller aux démonstrations les plus affectueuses. Malgré ses premières tendances, elle n'avait jamais voulu être séparée de sa fille dont l'éducation et l'instruction se firent sous ses yeux, mais sa direction était exigeante et méticuleuse; elle réclamait de l'élève des progrès rapides, et de simples fautes d'inattention suffisaient pour éveiller une susceptibilité outrée. Son caractère, d'ailleurs, n'était pas seul atteint; elle exprimait par moments des idées tristes; un jour, se croyant perdue, elle supplia son mari de ne pas prendre de nouvelle femme après sa mort, lui fit jurer fidélité au veuvage, etc. Vers l'âge de quarante ans, elle avait éprouvé des accidents nerveux d'une nature particulière, consistant en sensations d'étouffement et d'an-

goisse toutes les fois qu'elle entrait dans un lieu public, dans une église, dans une foule quelconque.

Les grands-parents paternels n'offrent rien de défectueux du côté cérébro-spinal; ils auraient souffert de la *pierre* (?). Mais le père de la malade, âgé de soixante-dix-sept ans, porte la marque d'un tempérament doux et timide, d'une patience à toute épreuve; individu faible et confiant, qui ne s'est jamais douté, par exemple, que sa fille fût maltraitée par la mère. A soixante ans, il a eu un accès mélancolique d'une durée de quatre mois environ, survenu, paraît-il, à la suite de l'impression causée par la vue d'un cadavre. Antérieurement, il avait été sous le coup d'obsessions diverses, et, entre autres, de la recherche anxieuse des noms.

Nous pouvons aborder maintenant l'histoire personnelle de madame L..., femme de quarante ans, sans déformation physique bien accusée, quoique scrofuleuse et petite de taille; la face est asymétrique, comme, d'ailleurs, l'ensemble du corps. La menstruation s'est maintenue régulière depuis l'âge de quatorze ans.

Dès son enfance, la malade se montre impressionnable à l'excès; étant jeune, elle avait des pertes de connaissance, des évanouissements fréquents; les incidents que nous venons de raconter ne pouvaient calmer une fâcheuse disposition qui se développa, au contraire.

A dix-neuf ans, elle se marie, mais la décision prise l'émeut tellement que, trois jours avant la cérémonie, elle tombe dans une crise de nerfs « épouvantable » ; elle se lamente, dit qu'elle ne veut pas de mari, qu'il serait criminel d'avoir des enfants pour leur transmettre sa constitution maladive. Cependant, dix-huit mois après, survient une grossesse qui se termine par la naissance d'une fille bien organisée. Au bout de quelque temps, c'est une fausse couche. A la troisième grossesse, qui ne se fait pas attendre, naissance de deux jumeaux (une fille et un garçon, ce dernier meurt à l'âge de quatre ans). Puis, nouvelle fausse couche, suivie de métro-péritonite, mais plus tard de guérison.

L'état nerveux lui-même laissait du répit à madame L..., pour qui l'activité, les occupations quotidiennes d'un commerce prospère étaient un dérivatif puissant. A cette date,

se place une circonstance, en apparence légère, mais dont il faut parler, car elle a paru servir de point de départ aux troubles consécutifs. En 1876, madame L... voulut avoir dans son appartement un chat qu'elle se vit obligée de renfermer dans une chambre obscure. Cette séquestration exaspérait la bête qui, dès qu'on la délivrait, se montrait presque furieuse. Le mari s'effrayait même de cette situation et avait conseillé plusieurs fois à sa femme de se défaire de l'animal. Un jour, la bonne de la maison met, par inadvertance, un chien en présence du chat; une lutte s'engage, on veut y mettre ordre, et, finalement, le chat saute aux yeux de la servante. Madame L... saisit par le dos l'animal qui se retourne et la mord à la main; on prend peur autour d'elle, on exprime des craintes très vives, on croit avoir affaire à une lésion grave, et la plaie est cautérisée au fer rouge.

La préoccupation fut pourtant de courte durée, et tout allait être oublié, lorsqu'il y a quatre ans, madame L... trouva, dans un journal, le compte rendu d'un accident rabique. Plusieurs mois auparavant, une personne de sa connaissance, dont la fille était la camarade de pension de la sienne, avait été mordue par un chien; il n'en était rien résulté, mais, par une triste coïncidence, le petit neveu de cette personne, âgé de cinq ans, blessé dans les mêmes conditions, venait de mourir. Au courant de sa lecture, un rapprochement entre ces faits et ces circonstances ne tarde pas à se produire dans l'esprit de madame L...; elle sent tout à coup une bouffée de chaleur lui monter à la tête, un spasme la saisir à la gorge, et l'obsession de la morsure du chat lui revenir. Immédiatement, elle quitte la société qui l'entoure, rentre dans sa chambre et cherche à se délivrer de l'idée qui la poursuit. Non seulement c'est impossible, mais la frayeur va s'emparer d'elle plus fortement. Quelques jours après, elle défend à sa fille de fréquenter son amie.

La crainte des maladies contagieuses, en général, et de la rage en particulier, s'exagère à mesure. Depuis lors, la malade éprouve pour les chats et les chiens une répulsion invincible, englobant, d'ailleurs, les animaux de toute espèce.

Plus tard, le dégoût se généralise à toutes choses et même aux personnes. Madame L... remarque une fois que

sa bonne a des écrouelles; à partir de ce moment, elle prend cette femme en horreur, sa seule présence la plonge dans les pleurs et l'angoisse.

En même temps, surgit le délire du tact : il devient impossible à la malade de toucher à la monnaie d'or, d'argent ou de cuivre, de mettre la main sur les boutons en métal des serrures qu'elle finit par envelopper d'un manchon de toile. Jamais elle n'aime à employer ses doigts dont elle se sert, d'ailleurs, le moins possible. Dans sa chambre ou au salon, seule ou en compagnie, si elle a besoin d'un fauteuil ou d'une chaise, c'est avec les pieds qu'elle repousse ou avance les sièges. Malgré son désir de faire de la musique, elle délaisse le piano parce que les touches en ont été frappées par d'autres. Si on veut l'occuper à lire, on doit lui donner des volumes qui n'aient pas été feuilletés. Elle retarde jusqu'à la dernière limite pour changer de linge et de vêtements, et encore faut-il lui laisser le soin de retirer ses effets du meuble qui les contient. En dépit de toutes les précautions, la prise de certains objets avec les mains s'impose comme une nécessité, mais dès qu'un contact suspect a eu lieu, vite un lavage à grande eau (dernier recours auquel s'adresse la malade).

La vue de certaines personnes lui fait mal : les nègres, les gens difformes, etc. Ses transes sont infinies, ses répugnances s'étendent même aux couleurs, et surtout au vert qu'elle a banni de son appartement et de sa toilette. Tout bruit l'agace et la met à la torture ; les pas, le vent, le sifflet d'une machine, les paroles qu'elle entend prononcer, elle se figure les avaler, aussi la voit-on cracher presque continuellement pour les expulser de son corps.

Elle formule des superstitions bizarres : le vendredi est un jour de malheur; immédiatement après, dans l'ordre néfaste, c'est le mercredi, parce que, dit-elle, il y a dans ce dernier le même nombre de lettres qu'au mot *vendredi*.

Madame L... éprouve aussi des sensations vertigineuses; elle craint de se rendre seule dans un endroit vaste et découvert, elle tremble alors de tous ses membres, et finirait par tomber, si on ne la retenait. L'anxiété la saisit dès qu'elle se trouve dans une foule, même en voiture.

La plupart des phénomènes que nous venons de décrire se traduisent par des périodes de rémission et d'exacerbation. Ils prennent habituellement la forme paroxystique : l'accès débute par des bouffées de chaleur à la face, aux épaules, dans les reins, puis du côté des organes génitaux; l'angoisse ne tarde pas à devenir générale. La malade ressent en même temps du dégoût et des nausées; le vomissement peut même se produire.

Parfois madame L... s'irrite et nous avoue qu'elle doit se retenir pour ne pas distribuer des soufflets aux personnes qui l'entourent.

Du reste, toujours consciente de son état, intelligente et instruite, d'un caractère très gai, aimant la plaisanterie, et faisant tous ses efforts pour triompher de ses appréhensions.

L'intérêt de cette observation repose principalement sur la multiplicité des troubles morbides que madame L... a offerts d'une façon successive ou simultanée. Abstraction faite de la forme des accidents dont la variété est infinie, comme nous le verrons par la suite des exemples, cette malade résume en même temps l'ensemble des traits caractéristiques de la dégénérescence : idées fixes, impulsions involontaires, angoisse à paroxysmes, conservation de l'intelligence, lutte intérieure; tous phénomènes dépendant d'une modification nerveuse héréditaire dont l'action s'accuse dès l'enfance, non seulement par les dispositions mentales, mais encore par la constitution physique. C'est un cas qui peut servir de criterium à tous les autres.

Observation V. (Personnelle.) — *Hérédité : névropathie du père et de la mère. — Tante maternelle mélancolique, hypochondriaque. — Accidents nerveux durant la gestation de la mère. — Signes physiques de dégénérescence. — Dès la puberté, changements dans le caractère. — Craintes, irrésolutions. — Mélancolie anxieuse. — Paroxysmes. — Conscience de son état.*

— Délire du toucher : crainte des épingles, des boutons de porte, du verre cassé, du jais, du mastic de vitrier, de la porcelaine, etc. Superstitions.

Madame M... vingt-sept ans, mariée, a toujours présenté une grande tendance à se préoccuper, même des choses les plus futiles. Cependant, durant sa vie d'enfant, elle était plutôt vive, enjouée, espiègle, montrait d'ailleurs beaucoup d'inclination pour l'étude, et commençait, jeune, à apprendre plusieurs langues. C'est à l'époque de la puberté, surtout vers l'âge de seize ans, que son caractère vient à se modifier; elle ressent des craintes sans motif; une incertitude, un rien la chagrine et lui enlève sa liberté d'esprit. Ses déterminations sont lentes, l'hésitation la saisit à chaque résolution nouvelle; une légèreté, une négligence, deviennent des événements graves et fâcheux. Plus tard, elle prendra des soins excessifs de sa santé, redoublera journellement de précautions minutieuses, conservera un souci extrême du refroidissement le plus léger.

Mais ces dispositions inquiètes ne restent pas longtemps dans ce cadre restreint. Dans le courant de l'année 1879, les suites d'une fausse couche obligeaient madame M... à garder la chambre, quand un jour, une fiole de médicaments se brise avec fracas, à côté de la malade. Madame M... est frappée d'un tremblement nerveux général, et, brusquement, elle éprouve sur tout le corps la sensation du contact des débris du verre. On la rassure difficilement, et de ce jour, non seulement la vue, mais l'idée du verre brisé la remettront dans le même état de tourment.

Quelque temps après, surgit une inquiétude nouvelle : la vue du jais devient une cause d'anxiété.

Pendant plusieurs années, l'obsession reste cependant assez limitée. Madame M... doit s'appliquer à éviter tout ce qui peut éveiller ses frayeurs, mais elle continue à vaquer à ses diverses occupations, aux détails de son ménage. A la suite d'une grossesse régulière, elle devient mère d'un enfant qui a trois ans aujourd'hui et qui ne présenterait actuellement aucun signe morbide.

Malheureusement, cette tranquillité relative est de courte

durée. Depuis cette époque, le trouble mental s'accentue et finit par s'imposer, permanent et opiniâtre. Il y a dix-huit mois, la crainte des épingles s'ajoute aux précédentes, et madame M... vit dans la situation la plus pénible et la plus importune. Ces préoccupations maladives en arrivent à un degré exceptionnel et absolu. La sensibilité intérieure, toujours en éveil, ne laisse à la patiente ni repos ni trêve. Ses journées se passent à combiner les moyens de fuir le contact ou la vue des objets suspects. Tout ce qui l'approche est soumis à l'examen le plus minutieux.

En quoi consistent ces inquiétudes, dont la multiplicité n'a d'égale que l'exagération?

Madame M... ne peut voir une aiguille ou une épingle (pour ne citer que ces objets) sans être prise d'une anxiété qui arrive bientôt à son comble ; la face pâlit, puis se congestionne, une sueur froide envahit tout le corps, le pouls devient petit et fréquent, le cœur bat d'une façon désordonnée, la syncope parfois est imminente, et elle surviendrait certainement si on tentait de faire toucher à la malade le corps redouté. Puis ce sont des cris, des pleurs, des gémissements sans fin, un état d'agitation souvent extrême, et qui peut durer plusieurs heures. Le calme arrive ensuite, mais relatif et instable ; il reste de l'irritabilité, des sensations pénibles : oppression, douleurs de tête, palpitations cardiaques. Des troubles particuliers de la sensibilité générale persistent aussi : des picotements sur tout le corps, l'impression de pointes d'épingles ou de débris de verre pénétrant par tous les orifices et s'introduisant jusque dans les organes génitaux.

Les matières les plus diverses : éclats de verre, débris de porcelaine, jais, mastic de vitrier ; des substances liquides, comprises par la malade sous le nom générique de *poisons*, lui procurent la même sensation de terreur et d'angoisse. Aussi que de précautions à prendre ! Elle se cloîtrerait volontiers dans sa chambre, pour ne pas s'exposer aux dangers permanents d'une sortie.

En quelque lieu qu'elle se trouve, l'appréhension la domine sans possibilité d'y résister. Entend-elle un bruit insolite, elle redoute qu'une vitre ne vienne de se briser; elle ne se

tranquillise qu'après s'être assurée que tout est resté dans l'ordre. Elle a parfois besoin d'une affirmation étrangère; elle interroge les personnes de son entourage, et, détail assez curieux à noter, la question est toujours posée de manière que la réponse soit faite dans un sens contraire à ses tourments.

Malgré tout, madame M... passe son existence dans des transes sans fin. Aussi bien, consciente de son état, ne demandant qu'à guérir, mais irrésolue et impuissante. Elle aime la distraction, elle voudrait bien fréquenter les promenades et les théâtres, visiter les magasins et les musées; mais si elle allait découvrir la présence d'objets dont elle a peur! Elle sait par expérience ce qu'il lui en coûte! L'isolement est sa ressource ordinaire, par crainte de rencontrer, en société, des éléments à ses inquiétudes.

Dans son intérieur, tout travail de couture est interdit; les épingles sont bannies de sa toilette. Elle en est arrivée à négliger les soins d'usage habituel. Personne ne doit toucher à son linge, à ses effets; elle ne peut se résoudre à changer de vêtements. Qu'on ne nettoie pas les vitres de sa chambre: on n'aurait qu'à les briser! Elle a défendu de passer les cuivres au tripoli, ce liquide rentrant, à ses yeux, dans la catégorie des substances nuisibles.

La préoccupation est incessante et prend les formes les plus variées. Si vous abordez la malade, elle ne se décide à se laisser approcher qu'après examen sérieux de votre tenue. Quand elle entre dans un appartement, son premier regard se dirige vers les fenêtres. A table, le choc des verres la met dans un état de frayeur impossible à décrire. Elle ne rentre jamais chez elle sans avoir secoué ses vêtements sur le palier. Elle ne touche aux boutons de cuivre des portes qu'après s'être enveloppé la main. Tout contact manuel nécessite, en général, un lavage consécutif. La seule présence de mastic frais sur un carreau lui fait éprouver les tourments que lui procurent les menus morceaux de verre.

Dans un autre ordre d'idées, la rencontre d'un curé ou d'un enterrement devient, pour madame M..., un signe de mauvais augure. Elle a divisé la semaine en jours heureux et en jours néfastes. Le meilleur jour est le mardi, mais

ne demandez rien à la malade un lundi ou un treize.

Tel est donc cet état mental particulier qui, laissant indemne le niveau intellectuel de madame M..., ne touche que son côté moral et sensitif. Sommes-nous ici sur le terrain de la dégénérescence? La constitution physique de la malade, ses antécédents héréditaires, répondent affirmativement et certifient les conclusions que les troubles de la sphère psychique nous permettaient déjà de formuler.

Madame M... est petite de taille, scrofuleuse à l'excès; le crâne ne présente aucune déformation notable, mais la face se montre asymétrique, la dentition gâtée. Elle se plaint souvent de migraines, de névralgies intercostales, de palpitations cardiaques. La menstruation n'est pas régulière.

Les parents sont vivants : le père a cinquante-six ans; c'est un homme de tempérament lymphatique, d'un caractère irrésolu. La mère, âgée de cinquante ans, a toujours été très nerveuse, irritable, emportée; sujette aux congestions, elle souffre habituellement de maux de tête, de douleurs névralgiques. Un détail à signaler : durant la grossesse qui se termina par la naissance de la malade, la mère fut très éprouvée, au moral et au physique.

Enfin, une tante maternelle au premier degré est mélancolique hypochondriaque depuis huit ans; elle a délaissé ses enfants et ses affaires pour s'isoler complètement.

L'histoire pathologique que je viens de détailler reproduit encore la grande diversité de la manière d'être de l'obsession. Il faut également appeler l'attention sur l'état particulier d'angoisse qu'éprouvent ces malades. Il existe bien des phases suspensives, mais toujours si courtes, que le désir de se débarrasser d'une existence singulièrement pénible s'éveille facilement.

Dans cette observation, la peur des épingles (*bélénophobie*) se trouve mêlée à d'autres craintes. J'ai eu l'occasion de la constater, à titre de signe prédominant, chez une mélancolique, âgée de trente-deux ans, qui passait

les journées à se frotter les gencives et à cracher, se figurant qu'une épingle s'était introduite dans sa cavité buccale.

§ III. — L'expression morbide peut consister dans la recherche anxieuse, la répétition irrésistible d'un chiffre ou d'un nom. Un cas fort curieux d'*arithmomanie* est noté par Legrand du Saulle chez un de ses malades, qui lui dit, au moment de le quitter : « Vous avez quarante-quatre volumes sur cette table, et vous portez un gilet à sept boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte ! » Le même individu, dès qu'il entre quelque part, additionne combien il y a de meubles, d'objets ou de vêtements de telle ou telle couleur; en chemin de fer, il peut vous apprendre combien de rivières et de ponts auront défilé d'une station à l'autre, combien il y avait dans son wagon de capitons, de franges, de losanges et de clous.

Chez Madame L... (observation IV), l'*onomatomanie* se traduit par un mode bizarre : la malade redoute la résonnance des pas, le bruit du vent, le sifflet d'une machine, le murmure de la conversation, etc. ; elle croit, en effet, avaler tous les sons qui frappent son oreille, aussi ne cesse-t-elle de cracher pour les expulser de son corps.

La disposition la plus ordinaire se retrouve dans les trois observations qui suivent. Il est évident qu'une modification profonde de l'organisme peut seule expliquer l'inquiétude générale amenée par des causes aussi futiles.

Observation VI. (Communiquée par M. Magnan.) — *Névralgie intercostale. — Préoccupations hypochondriaques. Chagrins violents. — Besoins irrésistibles de retrouver des mots*

ou des phrases; angoisses, désespoir jusqu'à la découverte de ces mots.

Madame X..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament très nerveux, mais dont les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus, avait été affectée d'abord d'une névralgie intercostale très douloureuse; vivement préoccupée, madame X... s'était imaginé que cette douleur était due à un commencement de cancer. Toutefois, il n'a plus été question de cette grave maladie, une fois la névralgie guérie.

Peu de temps après, à la suite d'un violent chagrin, de la perte à peu d'intervalle de son père et d'un de ses frères, elle est devenue triste, moins active, obsédée d'abord d'une façon intermittente, puis, au bout de quelques mois, presque constamment, du besoin de rechercher des mots ou des phrases prononcés quelquefois depuis plusieurs semaines.

Quand il lui arrive de ne pas retrouver promptement ces mots, elle gémit, se lamente, elle est prise de sueurs, de tremblement, et, avec l'expression de la plus vive anxiété, elle ne cesse de répéter : « Je ne pourrai donc jamais retrouver cela; que vais-je devenir? Je voudrais être morte ; je suis folle et vous allez m'enfermer ; etc. » Elle néglige son intérieur, se désintéresse de tout, même de son enfant; elle passe ses journées à réfléchir pour retrouver les souvenirs parfois les plus frivoles. Ses recherches ne cessent même pas la nuit, et le sommeil est devenu rare et agité.

En présence de personnes étrangères, elle peut maîtriser ses obsessions, le calme se rétablit en apparence, et l'on ne se douterait point du trouble profond dont elle est l'objet. Elle a d'ailleurs parfaitement conscience de son état, et, par instants, elle déplore son impuissance à ne pouvoir résister à d'aussi ridicules obsessions.

L'onomatomanie apparaît, encore plus prononcée, chez le malade qui fait le sujet de l'observation VII. La lutte soutenue contre l'idée fixe est ici secondée par des précautions particulières.

Observation VII (1). (Communiquée par M. Magnan.) — *Mère très émotive. — Déséquilibration mentale. Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom. — Mesures de prévoyance : cahier, Bottin. — Recherche angoissante des physionomies et des traits.*

M. L..., âgé de quarante-six ans, est fils d'une mère très nerveuse, irritable, pleurant facilement et se mettant, à la moindre contrariété, à trembler de tous ses membres. Quant à lui, toujours nerveux, émotif, il a été pris, peu de temps avant son mariage, sans motifs apparents, de tristesse, de découragement, d'insomnie pendant six mois.

En 1881, il a éprouvé pendant quelques jours un accès de délire hallucinatoire : il voyait des personnages défiler devant ses yeux, il entendait des chants, parfois des menaces ; il était inquiet, effrayé et dormait mal. Tout a disparu assez rapidement. Il buvait à ce moment du vin blanc le matin, et parfois des liqueurs.

En 1882, il éprouve, pour la première fois, l'irrésistible besoin de rechercher des noms. Étant venu à Paris pour des affaires, et se reposant au café, il avait lu, dans un journal, un fait-divers dans lequel il était question d'une petite fille qui glisse dans la rue de Provence et tombe dans un égout en réparation. Il ne connaissait nullement la famille de cette enfant, et le fait en lui-même l'intéressait médiocrement. Il reprend le chemin de fer et, rendu chez lui, le soir, il se couche comme d'habitude, sans le moindre incident. Au milieu de la nuit, il s'éveille, et la lecture du fait-divers lui revient à l'esprit ; il cherche à se rappeler le nom de la petite fille ; ce nom ne venant pas, il s'efforce de ne plus y penser et de dormir, mais c'est vainement, le besoin que rien n'explique de trouver ce nom est impérieux, et le force à réfléchir et à chercher ; il se retourne plusieurs fois dans le lit, s'assied, réveille sa femme, gémit, et, la tête dans les mains, cherche le nom qui ne vient pas. Tout à coup il saute hors du lit, pâle,

(1) Les observations VII et VIII font partie d'un travail de MM. Charcot et Magnan, en cours de publication dans les *Archives de neurologie* (septembre 1885) : *de l'onomatomanie.*

angoissé, couvert d'une sueur froide ; il se sent, dit-il, « comprimé », sa poitrine est resserrée comme dans un étau, surtout du côté gauche; il ne peut respirer, il étouffe, il se lamente, parcourt la chambre en se désolant, et passe ainsi le reste de la nuit dans la plus vive anxiété. Dès le matin, on va chercher un journal, il voit le nom « Georgette », éprouve aussitôt un immense soulagement et se sent guéri.

Quelque temps après, la même scène se reproduit à propos du nom d'un ami, et, comme la première fois, la crise finit avec la découverte du nom.

A partir de ce jour, la recherche du nom devient plus pressante ; il est obsédé et se voit dans la nécessité de retenir tous les noms qu'il entend ; il se munit alors d'un petit cahier et s'empresse de noter successivement les noms qu'il craint de ne pas se rappeler. Dans ce cahier, il classe les noms par groupes : les noms de commerçants, de députés, de fonctionnaires, les noms de villes, etc. Dans une lettre qu'il nous écrivait à cette époque, il dit lui-même : « J'ai la manie de chercher les noms dont je n'ai pas besoin, ou de trouver celui d'une personne que j'ai connue. »

Bientôt aux noms des personnes s'ajoutent les noms de choses, et les préoccupations de M. L... augmentent d'autant; puis encore ce sont des phrases, des pensées dont il doit se souvenir. Il se voit alors obligé de fuir la société, d'éviter les conversations ; toutes ses habitudes sont changées, et il n'a de repos ni le jour ni la nuit. Parfois le rêve lui-même devient l'occasion de nouvelles recherches, et pour les éviter, dès qu'il se réveille, il s'empresse de noter les incidents du rêve.

Les pensées ou les noms qu'il cherche à se rappeler se rattachent le plus souvent à différents actes de la vie ordinaire, et c'est ainsi qu'il est amené à ne plus oser embrasser ses deux filles, par crainte d'avoir à se souvenir soit des paroles entendues, soit des pensées qu'il aurait eues à ce moment. Dans les rues, il baisse la tête, ferme quelquefois les yeux pour ne voir ni les noms ni les enseignes sur les devantures. Il ne lit strictement que ce qui lui est indispensable, et, à la fin, pour plus de sécurité, il ne voyage plus qu'avec un *Bottin*.

A diverses périodes, il a été poussé à se rappeler des airs qu'il avait entendu chanter ou jouer, et pour rien au

monde il n'eût voulu assister à une représentation au théâtre, pas plus qu'il n'eût voulu entendre un discours.

Pendant quelque temps, ce besoin de se souvenir s'est étendu même aux physionomies et aux images. Une femme entre, un jour, dans son magasin pour faire une emplette, il la regarde comme les autres clients, mais dès qu'elle est sortie, il a eu, dit-il, comme un pressentiment, et, s'adressant à sa femme il ajoute : « Voilà une tête qui, je le crains bien, va me faire de l'ennui. » Ceci se passait à dix heures. A midi et demi, il cherche à retracer dans son esprit les traits de cette femme ; ne parvenant pas à se rappeler sa figure, il s'inquiète, cherche, s'angoisse et se sent *comprimé* comme pour les noms. Il n'a pas pu dîner ; il ne s'est pas couché ; il pleure, gémit, se lamente jusqu'à quatre heures du matin où, subitement, « comme une apparition, il a pu retrouver dans son esprit l'image et les traits de cette femme. » Aussitôt il se calme et il peut dormir. La photographie eût suffi, dit il, à conjurer tout ce malaise.

Une autre fois, ne pouvant se rappeler la physionomie d'une autre cliente, il s'est empressé de faire cinq kilomètres pour la revoir, et il a pu de la sorte éviter une grande crise.

Cet état a duré deux ans, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, et il a cessé après un changement complet dans son hygiène, après des exercices physiques, de longues promenades, du jardinage, et après un traitement hydrothérapique de trois mois régulièrement suivi dans un établissement.

Les premiers jours, il ne quittait pas son petit cahier d'inscriptions, il le tenait même à table, devant tout le monde, à côté de l'assiette, et prenait des notes sur tout ce qui se disait. Au bout de quinze jours, il s'est mis à table sans cahier ; puis il est resté plusieurs heures, dans une journée, sans écrire ; puis enfin il a cessé toute inscription pendant des journées entières ; les recherches sont devenues de moins en moins pressantes, et M. L... est arrivé insensiblement à se débarrasser de toute obsession.

« Depuis un an environ, la guérison se maintient. Toutefois, il est très probable que, sous l'influence soit d'une

cause morale, soit de fatigues, soit d'excès ou de toute autre cause, il se produirait de nouveaux troubles. M. L..., en effet, est un prédisposé chez lequel il a suffi des fatigues du mariage, et, plus tard, d'un écart de régime, pour voir se développer tout aussitôt un accès de dépression mélancolique et un délire hallucinatoire très actif, puis l'obsession des noms et des figures. Le terrain est chez lui bien préparé, et la porte reste ouverte à tout le cortège d'obsessions et d'impulsions qui accompagne l'héréditaire. »

Observation VIII. (Communiquée par M. Magnan.) — *Hérédité morbide ; dégénérescence mentale, déséquilibration dès l'enfance. — A dix-huit ans, accès mélancolique. Plus tard, perversions sexuelles. — Recherche angoissante du mot. Recherche angoissante du nombre. — Rires et pleurs involontaires analogues aux tics. — Doutes sur l'infini. — Périodes dépressives irrégulières, dans tout le cours de la vie; tendances au suicide dans les dernières années.*

M. S..., âgé de soixante ans, que nous avons vu avec notre distingué confrère M. le Dr Derlon, est très inégal, très irrégulier de mœurs et de caractère ; il a gaspillé sa fortune et n'a jamais pu se livrer à une occupation suivie. Son grand-père paternel, qui passait pour un homme bizarre et original, avait fait bâtonner un de ses fils, pour le punir d'avoir projeté une mésalliance. Son père avait une grande passion pour le jeu ; toutefois il occupait dans l'armée un grade supérieur et s'était fait remarquer par sa bravoure. Un oncle paternel était mort fou. Une sœur avait été prise d'accès maniaque à la suite de couches, et une seconde sœur, délirante chronique, est encore dans une maison de santé.

A dix-huit ans, M. S... éprouve un accès de mélancolie qui dure deux mois. Il avait, depuis longtemps déjà, contracté des habitudes d'onanisme, il se livre plus tard à la pédérastie et s'adonne au coït debout. Depuis cette époque jusqu'à soixante ans, il a traversé des périodes irrégulières de dépression aux-

quelles se sont ajoutées, dans les dernières années, des idées de suicide.

Au mois d'avril 1884, il rencontre, dans l'avenue des Champs-Élysées, un monsieur qu'il avait connu pendant un voyage à Rome; il s'arrête, cause avec lui, et après l'avoir quitté, il cherche à se souvenir de son nom. N'y parvenant pas, il essaye de penser à autre chose, mais, loin de réussir, le besoin de retrouver ce nom s'impose et devient pressant; obsédé, il fouille vainement dans sa mémoire, il éprouve un très grand malaise, il se sent oppressé, *serré à l'estomac;* son visage se couvre de sueur, ses mains sont froides et, craignant de s'évanouir, il s'empresse de rentrer chez lui, se lamentant, se désolant, parcourant à grands pas son appartement dans un état d'angoisse extrême.

Quinze jours après, étant en soirée, il aperçoit un ancien camarade qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années; ils s'entretiennent longuement, puis il se retire. De retour chez lui, M. S..., qui ne s'est pas souvenu du nom du camarade, le cherche d'abord, se remémore diverses circonstances qui pouvaient l'y aider, mais sans succès ; il s'efforce de se débarrasser d'une pareille fantaisie, c'est vainement. L'obsession, de plus en plus pressante, ne laisse place à aucune autre pensée ; il ne peut se coucher, il pleure, gémit, s'agite et, accablé, il finit par se laisser tomber sur un canapé, dans le plus violent désespoir. Le repos n'arrive qu'avec la découverte du nom.

A partir de ce moment, il est constamment sur le qui-vive, préoccupé du nom et du prénom des personnes avec qui le hasard le met en relations : les cochers, les marchands, les fournisseurs, etc. Il s'empresse, dès qu'il a vu quelqu'un, d'inscrire le nom sur un feuillet de papier, et se sent alors tranquille.

Peu à peu cependant, le champ de ses recherches s'étend, et il est poussé à demander le nom d'inconnus, de gens qu'il rencontre dans la rue, puis encore le nom de personnes qui passent en voiture, puis enfin des voyageurs que contient un train de chemin de fer qui siffle devant lui. L'impossibilité de réaliser de tels désirs le désole, l'exaspère, le rend furieux et le force à ne regarder personne dans les rues, ou à chercher

les lieux solitaires, puis enfin à se confiner dans son appartement.

Au bout de trois mois, l'obsession du nombre s'ajoutant à l'obsession du mot, M. S... se voit de plus en plus tourmenté, et sa vie devient de plus en plus pénible. Il compte tout ce qui lui est servi à table; il dresse, à chaque repas, un tableau sur lequel sont indiqués le nombre de morceaux ou de bouchées de pain, de viande, le nombre de cuillerées d'eau, de vin, de lait qu'il va prendre. Pour le lait, il compte le nombre de gouttes contenues dans une cuillerée, et le nombre de cuillerées dans une tasse. Pourquoi se livre-t-il à ce calcul? Il n'en sait rien, dit-il; c'est ridicule, mais il doit le faire. Si on lui sert une tomate, il s'empresse de compter le nombre de graines qu'elle renferme; il en est de même pour les pommes, les poires.

Un jour il avait mangé vingt cerises, mais il n'avait recueilli que dix-neuf noyaux; il cherche le vingtième de tous côtés. Ne le trouvant pas, il pense qu'il l'a probablement avalé. Dès le soir, il fouille dans les garde-robes et passe la nuit à pétrir fiévreusement entre ses doigts les matières fécales. Il se lamente de l'insuccès de ses recherches. Sur les instances de sa famille, il se couche quelques heures vers le matin, après avoir consenti à faire un grand lavage. Il se relève pour se présenter à la chaise, et, l'évacuation obtenue, il recommence, avec plus d'ardeur encore, la recherche du vingtième noyau qu'il finit par trouver le soir seulement, après une nouvelle déjection. Il se calme alors, prend un bain, se couche et passe une bonne nuit.

M. S... pousse par moments, sans cause appréciable, de grands éclats de rire qu'il ne peut réprimer; quelquefois aussi il se sensibilise et pleure sans motif. Par crainte de ses obsessions, il refuse absolument de sortir et manifeste des idées de suicide. Enfin, depuis quelque temps, il devient très méticuleux, il collectionne des débris de toute sorte, des épluchures, des morceaux d'os, des allumettes, des bouts de cordon et de fil, de vieilles plumes, etc. Il ne veut pas, dit-il, avoir à se demander ce que sont devenus ces objets; il fait tous ses efforts pour éviter de telles questions; l'idée de l'*infini* le jette, ajoute-t-il, dans le doute, et l'effraye.

« Cette observation est un exemple frappant de la multiplicité des troubles cérébro-spinaux auxquels peut successivement être soumis le dégénéré héréditaire. En effet, toujours mal équilibré, dès dix-huit ans, surgit brusquement chez M. S... un trouble général de l'intelligence, un accès de mélancolie de courte durée, et, de temps à autre depuis cette époque, se produisent des périodes dépressives s'accompagnant parfois d'idées de suicide. Plus tard, se montrent des perversions sexuelles; plus tard encore, des accès de rires ou des pleurs qui s'imposent à la façon de tics. L'obsession du mot, l'obsession du nombre se développpent successivement ; puis enfin arrivent le doute et les interrogations sur l'infini. Ce sont là tout autant de syndromes épisodiques réunis, dans ce cas, chez le même sujet, mais qui peuvent, nous l'avons vu, se montrer isolément, comme troubles distincts, chez différents individus. »

Dans la catégorie de faits que nous venons de passer en revue, l'onomatomanie consiste dans la recherche instinctive d'un mot ou d'un nombre que le malade s'efforce de retrouver, souvent en vain.

En d'autres circonstances, le mot reste fixé et le patient est irrésistiblement porté à le répéter. Un malade de Magnan, au milieu d'autres bizarreries et actes étranges, présente la particularité suivante : parfois, il pousse subitement un cri, sans motifs apparents, et à celui qui insiste pour en demander la raison, il répond avec indifférence, et comme pour dépister l'observateur importun : « J'avais une douleur de côté. »

M. V... qui fait le sujet de l'observation XVIII est invinciblement sollicité quelquefois par certaines exclama-

tions : « mon Dieu ! » — « carâco ! » qu'il redit, sans savoir pourquoi, pendant plusieurs minutes de suite. Par moments, il ne peut résister à la tendance de contrefaire un chien qu'il vient d'entendre aboyer.

Sous le titre d'*Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie*, M. Gilles de la Tourette (1), interne distingué des hôpitaux, a publié dans les *Archives de neurologie* une série d'observations qu'il a songé à décrire comme une maladie nouvelle. Les documents que différents auteurs ont, chacun de leur côté et sans interprétation d'ensemble, rapportés sous les noms de *jumping* (Dr Beard), de *latah* (O'Brien), de *myriachit* (Dr Hammond), la *Schlafftrunkenheit* des Allemands, constitueraient des états de même nature.

Je regrette de ne pas être d'accord sur ce sujet avec le Dr de la Tourette, mais à la simple lecture des observations qu'il reproduit, il serait difficile de ne pas voir l'analogie d'origine et de symptomatologie qui existe entre la plupart de ces cas et ceux que nous donnons ici comme types des dégénérés. Les mêmes caractères fondamentaux s'y reconnaissent : apparition des phénomènes morbides dès le jeune âge ; influence héréditaire manifeste et durable; incoordination motrice ou tout au moins tics musculaires; rapidité, soudaineté de l'impulsion instinctive, son irrésistibilité habituelle, malgré l'effort volontaire; périodes d'accalmie et d'exacerbation; régularité mentale en dehors des accès, conscience permanente de la situation.

(1) In *Arch. de neurol.* Janvier et mars 1885.

Il est d'ailleurs inutile de renouveler la discussion que nous avons soulevée à propos des autres syndromes épisodiques, notamment pour la folie du doute. Un exemple que nous empruntons au travail précité fournira la plus formelle démonstration.

OBSERVATION IX. (Gilles de la Tourette. In *Arch. de neurol.* Janvier 1885, p. 40.) Communiquée par M. le professeur A. Pitres (de Bordeaux). — *Hérédité : tic convulsif chez le père; une tante aliénée. — Dès l'enfance, incoordination motrice; plus tard, impulsions spéciales : coprolalie, écholalie.*

Mademoiselle X..., âgée de quinze ans, a fait à l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux, un séjour de plusieurs mois, pendant l'hiver de 1883, pour y être traitée d'accidents choréiformes convulsifs accompagnés de l'émission brusque et involontaire de mots grossiers ou obscènes.

Mademoiselle X... est fort intelligente; elle apprend facilement les leçons que lui donne son institutrice ; elle joue bien du piano. Elle est grande et forte. Elle n'est pas réglée.

Sa mère n'a jamais eu d'accidents nerveux. Son père a un tic convulsif non douloureux de la face. Elle a une tante bizarre, presque aliénée, qui vit isolée et est sujette à des crises nerveuses, à de la boulimie, et, quelquefois, à des périodes de tristesse pendant lesquelles elle refuse absolument de parler.

A l'âge de neuf ans, mademoiselle X... a commencé à avoir dans les membres et la face des tics choréiformes, des secousses irrégulières et brusques. En même temps il lui arrivait souvent de proférer vivement quelques paroles banales ou grossières. Après quelques mois, les accidents disparurent. Mais un an plus tard, ils se montrèrent de nouveau. Les secousses convulsives reparurent, d'abord dans les épaules, puis dans les bras, puis dans la figure. A ce moment, elles commencèrent à s'accompagner de bruits gutturaux indistincts. A l'âge de treize ans, ces bruits devinrent des sons nettement articulés. Le plus souvent, la malade disait alors : *Va-t-en, va-t-en, imbécile!* Un peu plus tard, l'émission des mots devint plus fréquente, plus nette encore et les mots furent empruntés

au vocabulaire le plus grossier, le plus ordurier. Cet état a persisté à peu près sans modifications jusqu'à présent.

Mademoiselle X... appartient à une famille qui est dans une position très élevée. Son éducation a été excellente. Elle n'a jamais quitté sa mère, qui l'a entourée de la surveillance la plus tendre et la plus continue. On se demande où et comment elle a pu apprendre les mots qu'elle prononce : *Nom de Dieu*, *foutre*, *merde*, etc. Jamais, dans les moments de calme, elle n'a employé une de ces expressions grossières.

Quand mademoiselle X... est en présence d'une personne dont la vue l'intimide, elle peut, à force de volonté, étouffer les sons et empêcher, en serrant convulsivement les lèvres, qu'on puisse comprendre les paroles qu'elle prononce. On n'entend alors qu'une sorte de grognement indistinct. Il paraît qu'aussitôt après qu'elle se trouve libre, elle profère avec une abondance inaccoutumée les paroles grossières qui font partie de son vocabulaire habituel. Jamais les mots ne sont prononcés sans qu'il y ait, en même temps, une série de secousses convulsives des muscles de la face, des épaules et du tronc. Mais assez souvent les secousses convulsives ont lieu sans qu'aucune parole soit articulée, et nous avons vu que, d'autres fois, les mots pouvaient être étouffés et rendus incompréhensibles par un effort intense de volonté.

Pendant le sommeil, les mouvements spasmodiques cessent complètement, et il n'y a jamais de paroles involontairement proférées.

Pas de troubles appréciables de la sensibilité, pas de parésie des membres.

M. le professeur Pitres nous écrit, en outre, à la date du 27 octobre : « Mademoiselle X... n'a pas, paraît-il, présenté nettement les phénomènes de l'écholalie. Il est vrai qu'on ne l'a jamais recherchée, en prononçant à haute voix devant elle les mots grossiers qui lui sont familiers. Tout au contraire, la mère de la malade avait cherché à substituer à ces mots des expressions indifférentes, des exclamations banales. Pour cela elle avait ordonné à l'institutrice de s'écrier, plusieurs fois par jour devant sa fille : « Ah mon Dieu ! » ou « Maman ! » L'institutrice a rempli consciencieusement sa tâche, mais la ma-

lade ne répéta pas les exclamations qu'elle entendait pousser devant elle.

Un seul fait observé par l'institutrice paraît se rapporter à l'écholalie. Un soir de l'année 1883, pendant que mademoiselle X... se déshabillait pour se coucher, un chien vint aboyer sous les fenêtres de sa chambre. Aussitôt elle commença à imiter involontairement les aboiements de ce chien, et, jusqu'à une heure du matin, elle ne put s'endormir, parce que, à chaque instant, tout son corps était agité de secousses musculaires accompagnées d'aboiements bruyants, tout à fait semblables à ceux qu'avait poussés le chien. Autre renseignement assez curieux : mademoiselle X... avait une tendance à *imiter les gestes* ou à prendre les attitudes bizarres dont la vue l'avait frappée. Un jour que son institutrice la promenait dans une foire, elle vit un Gargantua en carton, dont la bouche s'ouvrait et se fermait avec un mouvement régulier, engouffrant tout ce qu'on lui présentait. L'enfant regarda un moment ce spectacle avec étonnement, et, pendant tout le reste de la promenade, elle ne cessa d'ouvrir et de fermer involontairement la bouche comme elle l'avait vu faire au Gargantua. »

La disposition qui pousse mademoiselle X... à proférer un mot blessant ou obscène, les phénomènes d'écholalie qu'elle a présentés, les secousses convulsives qu'elle éprouve, ne sont évidemment que des incidents d'un état morbide plus général. S'ils restent maintenant isolés, rien n'empêche que plus tard ils cèdent la place à des manifestations d'un autre ordre, ou qu'ils y soient réunis. Cette particularité ne s'applique pas seulement à mademoiselle X..., mais à tous nos dégénérés ; ils peuvent varier d'aspect, leur lien réciproque consiste dans la modification primordiale commune, qui seule doit servir de caractéristique.

Au cours d'une récente discussion à la Société médico-psychologique, sur les *signes physiques, intellectuels et*

moraux de la folie héréditaire, Magnan (1) vient de faire la présentation d'une malade dont l'observation est instructive comme exemple de l'apparition, à diverses époques, de différents signes épisodiques. Leur évolution est d'autant plus intéressante qu'elle atteint successivement des régions distinctes de l'axe cérébro-spinal. Nous y retrouvons, entre autres, le syndrome *coprolalie* avec incoordination motrice, de même que nous verrons l'*écholalie* dans l'observation XVIII.

OBSERVATION X. (Communiquée par M. Magnan.) — *Hérédité convergente. — Déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal. — Syndromes épisodiques : incoordination motrice, coprolalie, craintes, impulsions dangereuses, perversions sexuelles. — Coexistence de plusieurs délires de nature différente : folie héréditaire, délire épileptique, délire alcoolique.*

C... Clotilde, journalière, est âgée de trente ans; sa grand'mère paternelle s'adonnait aux excès de boissons; son père, strabique, d'une intelligence faible, avait été, à onze ans, affecté de fièvre typhoïde; il était très émotif, jaloux, et avait présenté pendant plusieurs mois du délire mélancolique. La sœur du père était menteuse, dépensière, paresseuse; fille-mère, elle avait tenté de se suicider pendant la grossesse; mariée à trente ans avec un homme de soixante, elle s'est toujours refusée à sortir, le jour, avec son mari, elle ne consentait à descendre dans la rue avec lui qu'après le coucher du soleil. La mère, nerveuse, est devenue très irritable à la suite des mauvais traitements que lui a fait subir son mari; la sœur de la mère est somnambule, et le frère de la mère est alcoolique. Sur dix frères ou sœurs de Clotilde, neuf sont morts dans les convulsions; un frère survivant a uriné au lit jusqu'à dix-sept ans; il a actuellement la manie de jeter, à la fin de chaque repas, une parcelle de pain qu'il trempe dans son café.

(1) *Société méd. psych.*, séance du 18 mai 1885.

Quant à la malade, dès l'âge d'un an, elle est prise de convulsions ; d'une intelligence faible, elle apprend difficilement à l'école ; de très bonne heure, elle se montre menteuse, voleuse et se livre à l'onanisme. Elle urine au lit jusqu'à seize ans; elle est souvent triste, s'éloigne de ses camarades d'école et ne prend point part à leurs jeux. Elle se lève parfois, la nuit, et parcourt tout endormie la maison ; ces accès de somnambulisme ont cessé vers quatorze ans.

Dès l'âge de douze ans, elle perd par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras, ou de l'avant-bras sur le bras, du pied sur la jambe, ou de la jambe sur la cuisse ; ou bien encore, l'élévation d'une épaule; d'autres fois, ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre; d'autres fois encore, c'est la marche en avant : la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout, mais dès qu'elle a commencé à marcher, elle ne peut plus s'empêcher de continuer, et elle éprouverait un très grand malaise si elle s'arrêtait. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté; la malade les constate, tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir; assise, elle ne peut plus se lever, et pendant un moment l'impulsion fait défaut. Dans tous ces cas, la moelle s'émancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue.

Dans d'autres circonstances, les phénomènes sont plus complexes, c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, le rire ou les pleurs, qui échappent à la volonté; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état *cénesthétique* du sujet qui, tantôt est indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même de la manifestation. Ainsi, Clotilde a été prise, un jour, d'un fou rire, à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille

en larmes se lamentait, et qu'elle était elle-même profondément affligée de la perte de ce parent qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré très bon pour elle. D'autres fois, au contraire, elle pleure sans qu'aucune cause intérieure ou extérieure explique cette manifestation de la tristesse, indépendante de la disposition morale et de la volonté.

Non seulement les mouvements et certaines expressions de la physionomie lui échappent, mais elle est parfois obligée de prononcer des mots qu'elle ne voudrait pas dire : « Est-ce singulier, raconte-t-elle, de dire, le sachant, des choses que je ne voudrais pas dire ! » Ce sont, le plus souvent, des paroles grossières qu'elle se sent poussée à prononcer soit devant des étrangers, soit devant des personnes qu'elle respecte, parfois même elle les prononce étant seule. Un jour, elle portait des légumes qu'elle venait de cueillir et qu'elle voulait vendre ; deux messieurs lui proposent de les acheter, elle répond sans pouvoir se retenir : « Mon sac est lourd, je suis fatiguée, *j'ai le cul lourd.* » Surprise elle-même d'un tel propos, elle s'éloigne toute honteuse.

Elle peut quelquefois ne pas articuler à haute voix les mots qu'elle est poussée à prononcer, mais elle doit, dit-elle, les répéter en dedans, intérieurement ; si elle ne les prononçait pas, elle éprouverait un grand malaise, elle serait suffoquée. Le mot une fois dit, elle est tranquille.

Dans quelques circonstances, non seulement elle se sent portée à prononcer des paroles qu'elle ne voudrait pas dire, mais elle est poussée irrésistiblement à raconter des histoires de gens enterrés vivants ; elle ne s'arrête pas quand on lui impose silence, il faut absolument qu'elle arrive au bout de son récit. Vivement préoccupée de l'idée que certaines personnes en léthargie peuvent être enterrées vivantes, elle lit avec avidité, dans les journaux, les faits divers relatant des enterrements de gens vivants ; ce sont ces faits qu'elle raconte dans des récits monotones et qu'elle ne peut pas interrompre, malgré les prières pressantes de son entourage. Parfois aussi, elle parle de la venue d'un nouveau déluge auquel elle croit et dont elle s'inquiète. Lorsqu'elle a longuement parlé de ces différents sujets, elle se sent soulagée.

Sous l'obsession de l'idée qu'elle ou ses parents peuvent

être enterrés vivants, ou bien encore, qu'engloutis dans le déluge, ils subiraient une longue agonie sous l'eau, elle demande avec instance qu'on fasse son autopsie, ou bien qu'on lui plonge, dès qu'on la croira morte, un poignard dans le cœur; elle déclare, d'autre part, qu'elle est décidée à poignarder le cadavre de ses parents avant leur enterrement. Elle s'était aussi procuré un revolver qu'elle plaçait toutes les nuits sous son oreiller, afin de pouvoir tuer ses parents et elle-même dès que l'habitation serait envahie par les eaux.

A plusieurs reprises, elle a été, sous le coup d'impulsions, poussée à des actes dangereux : un jour, entre autres, elle avait à ce moment quatorze ans, elle a saisi son frère âgé de deux ans, et l'a tenu un instant suspendu au-dessus de la bouche d'un puits; je ne voulais pas, dit-elle, lui faire du mal, mais c'est une idée qui m'est venue et dont je n'ai pas pu m'affranchir; du reste, s'il m'eût échappé des mains, je me serais moi-même jetée dans le puits.

Comme syndrome épisodique de la folie héréditaire, Clotilde a présenté encore des anomalies sexuelles qu'on ne doit point passer sous silence. De très bonne heure, elle s'est livrée à des pratiques d'onanisme qu'elle a continuées jusqu'à dix-huit ans. Elle a souvent essayé de résister à cet appétit du centre génito-spinal, mais sans succès; ce besoin, dit-elle, était trop impérieux. Plus tard, elle a été prise de violents désirs de copulation, sans que ces désirs aient eu pour objet une personne déterminée; elle s'est abandonnée, pour l'unique satisfaction des sens, à plusieurs individus qu'elle n'aimait pas. Enfin, elle a eu, dit-elle, il y a plusieurs années, une véritable affection, mais elle n'a pu épouser l'homme qu'elle aimait. Elle distingue elle-même ces différents états, et elle se trouvait tout autre suivant qu'il s'agissait d'un besoin purement local ou de désirs basés sur les sens ou sur les sentiments. Elle s'est donc montrée, dans la sphère des anomalies sexuelles, successivement *spinale*, *spino-cérébrale postérieure* et *spino-cérébrale antérieure*.

De quinze à vingt ans, se sont produits passagèrement des phénomènes d'un autre ordre, des attaques convulsives avec perte subite de connaissance et des vertiges suivis quelquefois d'accès de délire inconscient. Un jour, son père l'envoie

acheter des provisions chez un épicier; elle sort et se dirige vers la boutique d'un cordonnier; arrivée là, elle prononce quelques phrases incohérentes, ajoute quelques mots grossiers et se retire. Au moment de rentrer à la maison, revenant à elle, elle s'aperçoit que la commission n'est pas faite et s'empresse de se rendre chez l'épicier pour faire ses achats. Le lendemain, elle est fort surprise, lorsqu'en entrant chez le cordonnier, on lui fait part de la singulière visite de la veille ; elle n'en conserve aucun souvenir et n'y croirait pas sans les affirmations formelles de deux personnes qui se trouvaient dans la boutique au moment où elle est entrée. Aucune manifestation épileptique n'a reparu depuis une dizaine d'années.

Clotilde fait de temps à autre des excès de boissons, et à diverses reprises, depuis trois ans, elle a été prise de cauchemars, d'insomnie et bientôt après d'hallucinations pénibles, surtout la nuit : elle voyait des chats dans la chambre, de grandes figures qui défilaient, elle apercevait les différents membres d'une même famille, rangés suivant leur taille, les uns à côté des autres.

En dehors de ces accès de délire alcoolique de très courte durée, elle est prise parfois de tristesse ; elle croit qu'on lui en veut, qu'on cherche à l'empoisonner, elle s'imagine qu'on l'écoute, qu'on l'épie à travers la serrure ; un jour, elle jette les aliments préparés pour le repas de ses parents, et leur dit : « Si vous mangez, vous serez empoisonnés. » Sous l'influence de ces préoccupations pénibles, elle a fait deux tentatives de suicide ; elle a voulu se noyer dans une baignoire; une autre fois, elle a cherché à se pendre.

« Si nous jetons un coup d'œil sur les nombreux troubles névro-psychiques présentés par cette malade, nous constatons un état complet de déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal. Autour de la folie héréditaire, viennent se grouper les syndromes épisodiques les plus caractéristiques : les mouvements simples et complexes, la mimique des expressions passionnelles échappant à la

volonté ; les obsessions, les impulsions, les anomalies sexuelles, sans compter les accès mélancoliques à évolution rapide, suivis de tentatives de suicide. Avec cette disposition si profondément névrosique, il a suffi de quelques excès de boissons pour faire surgir le délire alcoolique. Enfin l'alcoolisme de la grand'mère paternelle et du père semble, parmi les conditions étiologiques, avoir à son actif les accidents épileptiques manifestés pendant quelques années. La folie héréditaire, le délire épileptique, le délire alcoolique, ont évolué côte à côte, sans se confondre, chacun d'eux se présentant avec ses caractères spéciaux. »

La coexistence de plusieurs délires de nature différente, chez le même sujet, est une particularité surlaquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant. Nous terminerons ce qui a trait à la *coprolalie* par l'histoire d'un malade de Maudsley. Cet auteur la donne comme exemple de ce qu'il appelle la *variété impulsive* de la folie du doute.

Observation XI. (Maudsley, in *Pathologie de l'esprit*, p. 335.) — *Hérédité vésanique. — Nervosisme depuis l'enfance. — Obsessions et impulsions multiples. Coprolalie.*

« De la famille de mon père, j'ai hérité d'une tendance aux maladies du foie, et de la famille de ma mère d'un tempérament très nerveux qui s'était déjà montré chez plusieurs de mes parents. Un de mes oncles était sujet à des hallucinations étranges et avait le délire des persécutions. Il croyait aussi que des agents surnaturels travaillaient à contrecarrer ses entreprises.

Aussi loin que je me le rappelle, ma vie a toujours été troublée par quelque forme d'irritation nerveuse. Quand j'étais enfant, je m'en souviens, j'attachais une importance particulière à certains nombres ; je devais compter tant de fois pour telle ou telle action banale, et cette action elle-

même devait être répétée un certain nombre de fois ; plus tard, quelques-uns de ces nombres prirent une importance spéciale : je devais éviter dans mes actions ordinaires le nombre *trois* ou un de ses multiples, sous prétexte que ce nombre était consacré en quelque sorte à la sainte Trinité. Une nécessité impérieuse semblait me pousser à toucher ou à remuer tel ou tel objet, bien que je pusse n'avoir aucun désir de le faire, et, comme le Dr Johnson, je me soumettais à la grande incommodité d'éviter les interstices des pavés.

D'une manière générale, je puis dire que ce qui était le moins agréable me semblait le plus obligatoire ; par exemple, si je me promenais avec quelqu'un, l'impulsion qui me poussait à ramasser des brins de paille dans la rue était beaucoup plus grande que si j'étais seul, bien que (parce que, peut-être) craignant de faire connaître mes bizarreries ; et de même, bien que je fusse d'une propreté scrupuleuse, j'étais spécialement poussé à toucher des objets sales ou dégoûtants. Je me rappelle avoir été forcé de revenir sur mes pas pour déranger une chose insignifiante, que j'avais remarquée par hasard sur le pavé.

J'avais beaucoup de peine à résister à ces impulsions. Mais j'avais peu d'avantage à y céder, car, dès que l'une était satisfaite, elle était remplacée par une autre. J'avais lu, par exemple, un vieux conte allemand qui avait fait une grande impression sur mon esprit : c'était l'histoire d'un de ces pactes avec le diable, qui forme le fond de tant de légendes, celle, je crois, qui sert de thème au *Freischütz*. Pendant longtemps, la formule du pacte me revint à l'idée, et une sorte de nécessité m'imposait d'y acquiescer mentalement. Comme j'étais forcé de la *penser*, j'étais obligé, si je puis m'exprimer ainsi, de la penser négativement, pour éviter, à ce qu'il me semblait, de prendre le terrible engagement. Pendant très longtemps après avoir perdu cette idée bizarre, la phrase ainsi renversée revint continuellement à mon esprit. De même, la suggestion qui me faisait penser ou dire quelque phrase de malédiction contre Dieu, devait être contrebalancée par une négation ou une expression de louange et de bénédiction.

Plus tard, vers l'âge de dix-huit ans, l'obligation imaginaire, sous prétexte de serments terribles, de faire une chose insi-

gnifiante me jetait dans un grand trouble. Je ne croyais pas avoir prêté ces serments, mais le simple fait qu'ils me venaient sans l'assentiment de ma volonté paraissait me les rendre obligatoires ; sous l'influence de ce sentiment, je répétais dans une conversation une remarque que j'avais déjà faite ; — je prenais une rue détournée complètement en dehors de mon chemin ; — j'achetais un objet exposé à l'étalage et dont je n'avais aucunement besoin. Quelque niaises que soient les choses que je raconte, elles me causaient souvent de grandes inquiétudes, et le sentiment terrible de n'avoir pas rempli une de ces obligations me rendait souvent extrêmement malheureux.

Bien qu'il fût difficile d'empêcher que l'on remarquât ces choses, je crois que personne, même dans ma famille, n'a jamais connu l'étendue de mes souffrances. J'avais, pour ainsi dire, une double vie : d'une part, j'étais misérable, et, de l'autre, un garçon réservé et studieux ; et, en dépit de ma mauvaise santé, qui m'empêchait de suivre régulièrement mes classes, on me regardait en général comme intelligent, aussi bien à l'école qu'à la maison. Pendant quelques années après avoir appris mon état, bien qu'ayant toujours de l'agitation mentale, je fus moins troublé que pendant mon enfance. Si bien que j'espérais que ma santé mentale se rétablirait. Au bout de quelque temps cependant, la vieille affection revint sous une autre forme.

Excepté lorsque mon esprit est tout entier occupé à une affaire, je suis forcé, comme par une nécessité physique, de proférer des blasphèmes ou des paroles obscènes. Quand je passe dans les rues ou que quelqu'un entre dans l'appartement où je me trouve, une de ces paroles se présente à mon esprit et demande, pour ainsi dire, à être exprimée ; tout effort conscient semble augmenter le mal, et évidemment bien que je sois forcé de me surveiller constamment, mon excitation nerveuse augmente. Je ne sais parfois si j'ai parlé ou non, car, quelque bizarre que cela semble, la pensée se présente avec tant de force à mon esprit, et le malaise qu'elle produit absorbe tant mon attention, que je ne sais qui croire de mes oreilles ou de mes lèvres. La seule assurance que je puisse me donner, c'est de fixer littéralement ma langue, de la

mordre avec les dents et de la rendre ainsi physiquement incapable de prononcer un mot distinct. »

§ IV. — Les malades qui nous ont occupé jusqu'ici conservent la conscience de leur situation, non pas seulement en spectateurs impassibles, mais, comme ce dernier dont nous venons de rapporter l'autobiographie, la plupart luttent en désespérés contre les obsessions qui les tourmentent. Parfois ils sortent vainqueurs de ce combat, mais ce n'est pas pour longtemps, et souvent même un nouveau besoin vient prendre la place du premier. En d'autres circonstances, et surtout dans le domaine des impulsions, dès que l'acte est commis ils se sentent soulagés.

Quand la volonté est immédiatement impuissante, ils emploient des moyens indirects et détournés. Un malade de Maudsley, harcelé par ce qu'il appelait ses *fads*, s'en débarrassait en les écrivant un grand nombre de fois au bas d'un livre. — « Un prédicateur, dit Legrand du Saulle (1), récite des pages entières de Bossuet ; un monsieur fredonne la *Marseillaise* ou se pose des interrogations à lui-même sur la table de Pythagore ; une vieille demoiselle débite quelques chansons de Béranger. »

Je connais un jeune homme, des mieux doués au point de vue intellectuel, qui se voit obligé de suspendre ses études, à cause de la pensée fixe, angoissante, que les âmes du Purgatoire seront torturées s'il ne débite pas la formule : *Dieu treize*, qu'il accompagne de la contraction de plus en plus énergique du cuir chevelu (représentation extérieure de *Dieu treize*). Il essaie de tous les

(1) Legrand du Saulle, *Folie du doute*, *loc. cit.*, p. 11.

procédés pour mettre un terme à cet acte bizarre. Parfois il se pose cette alternative : « Je veux bien qu'un grand incendie éclate, qu'un malheur arrive, si je prononce *Dieu treize* ou si je remue le front avant un mois d'ici. » Il se dit encore : « Je veux bien que les âmes aient des tortures et que mes idées soient des erreurs, jusqu'à ce que j'aie fait *Dieu treize* dans des conditions telles, qu'après l'avoir accompli aussi fort que jamais, je me croie délivré et n'avoir plus jamais à le refaire. » Malgré tout, l'obsession reste là, brutale, invincible, et, suivant la propre expression du malade, le faisant douter de sa raison même.

Un autre, pour imposer silence à des scrupules de conscience que rien ne motive, se dépouille de son habit en faveur du premier mendiant qui passe.

Ou bien, c'est à leur entourage que s'adressent ces individus pour être rassurés, mais la tranquillité qui en résulte est toute passagère ; ils ne tardent pas à se retrouver aux prises avec les mêmes inquiétudes. Un homme de soixante ans, observé par Baillarger, présente, à cet égard, une curieuse disposition. Vers l'âge de vingt ans, toutes les fois qu'il allait au théâtre, il en revenait tourmenté du désir de connaître tout ce qui se rattachait aux actrices qu'il avait vues : le lieu de leur naissance, la position de leur famille, leur âge, leurs habitudes, leur genre de vie, etc. Plus tard, il éprouva la même singularité à la rencontre de toute femme qu'il *jugeait* jolie. Dès qu'il en apercevait une dans ces conditions, il restait pendant plusieurs heures en proie à la plus grande anxiété. Il avait fini par se faire accompagner d'une personne chargée uniquement de le rassurer sur toutes les femmes qu'il

voyait. Pour chacune d'elles, M. X... fait la même question et demande si elle est ou non jolie? On répond uniformément, et dans tous les cas, que la femme qu'on vient de rencontrer n'est pas jolie, et M. X... se contente de cette affirmation.

L'épisode suivant mérite d'être rapporté tout au long. Il faut dire que, depuis longtemps, le malade avait des crises pour le seul motif de ne pas savoir si telle femme qu'il a vue est ou non jolie :

« M. X... avait fait quinze lieues en chemin de fer. Avant de partir , il avait à peine entrevu la dame qui distribuait les billets, et il n'avait pas fait sa question habituelle. Une fois arrivé, il s'aperçoit de son oubli et il demande si la buraliste était ou non jolie. C'était au milieu de la nuit; la personne chargée de répondre était très fatiguée, et elle oublia son rôle habituel. Au lieu de dire que la dame qui avait donné les billets n'était pas jolie, elle répondit qu'elle ne l'avait pas regardée et qu'elle n'en savait rien. Alors commença une crise si intense qu'il fallut consentir à faire partir quelqu'un avec la mission spéciale de déclarer, au retour, que la buraliste était laide. »

Pour en revenir à l'*onomatomanie*, elle consiste parfois dans la crainte du mot compromettant. Témoin le cas, cité par Magnan dans ses leçons, de cette dame qui croyait que l'emploi de certains mots devait porter malheur. Cette tendance d'esprit produisait les plus vifs tourments. C'est ainsi que, rentrée chez elle après avoir fait une visite, la malade était saisie d'angoisse ; elle se rappelait maintenant que, dans la conversation, le mot avait été prononcé, et elle se demandait aussitôt si l'accident con-

sécutif n'était pas survenu déjà ; ne parvenant pas à se tranquilliser, elle finissait par retourner chez la personne en péril (?) pour s'assurer que cette dernière était restée bien portante.

L'hésitation produite par le doute est, en certains cas, bien remarquable ; la formule interrogative devient alors le trait frappant de l'état pathologique. L'observation ci-après peut servir de modèle.

Observation XII. (Legrand du Saulle, in *Folie du doute*, p. 34.) — *Folie du doute.* — *Interrogations anxieuses.* — *Superstitions.* — *Délire du toucher.*

M. Jules T..., employé supérieur d'une grande administration, âgé de quarante ans, est un calculateur habile. Il passe six ou sept heures par jour à vérifier les comptes les plus compliqués ; il est d'une urbanité parfaite et très aimé. Il entend parler, un jour, d'un cas de folie héréditaire, et à partir de ce moment, il s'interroge lui-même : « Comment mon père a-t-il succombé ? Est-il vrai qu'il ait eu une hydropisie ? N'était-il pas en enfance déjà depuis un certain temps ? Cette enfance-là n'est-elle pas un genre de folie ? Et ma mère, était-elle saine d'esprit ? Comment se fait-il qu'elle soit morte subitement ? Avait-elle une lésion dans le cerveau ? Pourquoi mes parents ne m'ont-ils jamais parlé de mon grand-père et de ma grand-mère ? Ils avaient donc intérêt à me cacher quelque chose, la folie alors ? » Il fait part de ses angoisses à l'un de ses amis, qui chaque fois le tranquillise et lui affirme qu'il n'a jamais compté d'aliénés dans sa famille. Il accepte avec bonheur l'explication, s'éloigne, convaincu qu'il n'est point héréditairement prédisposé à l'aliénation mentale, puis redevient inquiet, est rassuré de nouveau, et ainsi de suite.

Plusieurs années se passent de la sorte au milieu de ce calme relatif ; mais l'ami de Jules T... est appelé tout à coup à des fonctions administratives en province, quitte Paris et vient me recommander le malade à son insu. Je ne tardai pas,

en effet, à recevoir sa visite et ses confidences, et à être très longuement questionné par lui. Je le tranquillise ; il s'éloigne satisfait et reconnaissant, mais il revient à des intervalles irréguliers et, parfois, à des heures insolites. Je le trouvai un soir devant la porte de mon domicile, il m'attendait depuis deux heures : il était tourmenté et avait besoin d'être rassuré.

M. Jules T... a peur des souris. Lorsqu'il voyage, il passe l'inspection minutieuse de sa chambre d'hôtel, et, quand il a reconnu à certains indices qu'il pourrait bien y avoir des souris, il s'étend tout habillé sur le lit et laisse sa bougie allumée. Il est très superstitieux, ne lit jamais les *faits divers* des journaux, n'ose pas toucher à un rasoir, à une substance chimique, et, en général, à tout ce qui a pu être acheté dans une pharmacie ; il est toujours ganté et n'offre la main à personne. Il redoute particulièrement « l'air vicié » et a fait établir dans ses bureaux un système particulier de ventilation. Il n'entre jamais dans un cimetière « dans la crainte de marcher sur les morts. » Enfin, depuis quelques mois, il se demande avec inquiétude si ses chefs et le public ne vont pas le soupçonner de recevoir « des pots-de-vin ? »

Parmi les exemples où domine la forme du doute, l'un des plus singuliers nous est également fourni par Legrand du Saulle. Il s'agit d'une jeune femme, musicienne distinguée, qui ne peut sortir dans la rue sans qu'elle se demande : « Ne va-t-il pas tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre à mes pieds ? Sera-ce un homme ou une femme ? Cette personne se blessera-t-elle ou se tuera-t-elle ? Si elle se blesse, sera-ce à la tête ou aux jambes ? Est-ce qu'il y aura du sang sur le trottoir ? Si elle se tue sur le coup, comment le saurai-je ? Devrai-je appeler du secours, prendre la fuite ou réciter un *Pater* et un *Ave ?* Ne m'accusera-t-on pas d'être la cause de cet événement ? Mon innocence pourra-t-elle être reconnue ? »

J'ai observé le même phénomène, quoique moins saillant,

chez un malade, âgé de soixante-cinq ans, qui, à côté de dispositions hypochondriaques très accusées, présente l'anxiété la plus vive toutes les fois qu'une résolution nouvelle est à prendre. La décision, toujours longue à venir, ne se produit que sur les instances d'un tiers. — Doit-il écrire? Dans quels termes le fera-t-il? — Quels vêtements va-t-il mettre pour sortir? etc. — Livré à lui-même, ces questions qu'il se pose resteraient sans réponse. Tout l'inquiète et met son esprit à la torture. S'il est dehors, il se figure qu'en rentrant il trouvera tout brûlé chez lui. Un jour, il commande une voiture pour le lendemain : l'idée qu'elle peut être en retard va troubler le repos de sa nuit.

Nous retrouvons un autre mode d'interrogation mentale dans l'observation suivante.

Observation XIII. (Personnelle.) — *Hérédité névropathique. — Tendances mélancoliques dès le jeune âge. — Tic convulsif. — Obsessions hypochondriaques. — Anxiété. — Paroxysmes. — Conscience de son état.*

M. B..., âgé de vingt-deux ans, a puisé dans l'état névropathique de sa mère un caractère impressionnable et irrésolu. Sa première enfance a été entourée des soins les plus attentifs, poussés même à l'exagération. Jusqu'à l'adolescence, son éducation a été confiée à une gouvernante pour laquelle il éprouvait une affection si grande, que la séparation la plus momentanée le tourmentait extrêmement. Ses facultés intellectuelles se sont développées cependant d'une façon normale, et, l'enseignement classique terminé, M. B... a pu entreprendre l'étude du *droit*.

Il avait toujours frayé difficilement avec ses camarades; à tout âge il s'était tenu un peu à l'écart de leurs jeux et amusements, mais ces tendances s'étaient surtout développées dans ces dernières années, le malade croyant s'être aperçu

qu'on le raillait de sa retenue et de sa réserve ordinaires.

Bientôt ces préoccupations se précisent dans un sens plus morbide et en arrivent à s'imposer exclusivement. C'est sur l'alimentation que vont porter surtout les obsessions de M. B... L'heure des repas, la quantité de nourriture à prendre, la qualité des mets qu'on lui sert, sont l'objet d'une constante sollicitude.

La régularité devient pour lui un besoin impérieux; dès lors, il ordonne ses journées de manière à ce que toute heure ait un emploi déterminé. Et que le programme soit exactement suivi! car la moindre infraction va être une cause de tourment.

Toutes les pensées convergent, d'ailleurs, vers un même but : les fonctions digestives. Le fait seul d'arriver à table en retard empêcherait M. B... de se livrer à la satisfaction de son appétit. Il s'enquiert, en grammes et centigrammes, de la quantité exacte de pain, de viande, de légumes qu'il faut à un homme de son âge, de sa taille, de son poids. Pour un peu, il se munirait d'une balance de précision destinée à peser ses aliments. Pendant le repas, il tourne et retourne les mets, cherche à se rendre compte de leur aspect, de leur consistance, et ne se décide à se servir qu'après un long travail d'examen préliminaire. Le repas terminé, il demande s'il n'a pas trop mangé, combien de temps la digestion met à s'opérer, ce que doit durer sa promenade, etc.

Pendant longtemps, l'idée fixe n'a laissé aucun repos au malade; l'anxiété s'imposait, fréquente et souvent à un degré tel que la vie était devenue insupportable. Mais les accès, d'abord rapprochés, se sont espacés à mesure, l'obsession devenant elle-même moins forte.

Des troubles de la sensibilité générale accompagnent cet état : M. B... se plaint parfois de ne plus avoir de sensation gustative; « sa langue est métallique ; » il éprouve des fourmillements par tout le corps, une sensation de barre à l'estomac, etc.

Mais nous ne saurions mieux faire qu'en laissant au malade lui-même le soin de décrire sa situation. Je détache une page de ses impressions écrites :

« *État du dimanche au mercredi.* — *Physique :* Toujours

à peu près semblable. J'ai cependant un peu plus de force. Toujours constipé, je ne vais qu'avec une pilule d'Anderson tous les trois jours, qui me donne une selle et un peu de diarrhée. Je ne sens pas l'appétit, et je crains de le consulter par crainte de l'obsession qui se rattache à mes repas.

Moral : Tantôt des états extrêmement bons; je suis très lucide, mes manies sont oubliées, je me sens fort bien. Le repas me distrait, il se fait parfois à mon insu. Tantôt des états affreusement troublés : désarroi, fourmillements terribles, pensées désordonnées. Une cloche semble descendre sur ma tête et annihiler mémoire, force de volonté, intelligence; je conserve juste assez de facultés pour saisir cette situation. Je crains à ce moment de dire quelque bêtise, je ne me reconnais pas bien, j'ai peu conscience de ce qu'il faut faire, les mobiles d'action n'agissent plus sur moi. Je suis parvenu un peu à dompter ma *manie de mangeaille*, mais pour la remplacer dans mon intelligence désormais assez vide, il faut qu'autre chose vienne me distraire. Ne voyant pas d'autre but dans la vie, elle tendrait à revenir, et quand elle me prend à mes moments où la force de volonté s'en va, je suis sans défense contre elle. Je m'abandonne à mon traitement et aux conseils des médecins avec une absolue confiance, pour ma manière de vivre, pour mon régime, ma nutrition surtout, car souvent je ne sens pas ma digestion se faire, j'éprouve comme une sensation de barre sur l'estomac, je perds le goût des mets, j'ai de la tendance à tout saler. Alors je n'éprouve ni appétit ni répulsion pour les aliments, je ne les perçois que d'une façon assez vague; à table je me borne à me servir, et advienne que pourra. Comme je ne jouis plus du goût, le dîner m'attache moins.

Enfin, dans mes bons moments, je redoute que les mauvais ne reviennent; je n'ose ni penser ni agir. Les mauvais arrivent pour des causes très diverses (quand j'hésite à prendre un parti, quand je fais quelque chose à contre-cœur, etc.). Le découragement s'ensuit, ou bien cet état d'atonie pendant lequel je ne me sens plus vivre et ne fais même plus d'effort pour sentir. »

M. B... ne présente rien d'anormal dans sa constitution physique. Signalons toutefois l'existence d'un tic convulsif

de la face, qui s'exagère avec les exacerbations anxieuses, pour se modérer ensuite.

Le malade va mieux, du reste; les paroxysmes sont devenus moins intenses et plus rares, et les intervalles de calme laissent aujourd'hui à M. B... une liberté d'esprit à peu près complète.

§ V. — Des *manies* (pour nous servir de l'expression même des malades), des manies plus puériles que celles de M. B..., mais aussi tenaces, sont bien le fait de cette dame qui entretient à ses frais un asile pour les animaux, et recueille les chats et les chiens abandonnés; de cette autre encore qui se rend, plusieurs jours de suite, aux Halles acheter toutes les grenouilles pour les enlever aux vivisecteurs.

Certes, le sentiment de compassion qu'éveille la souffrance de tout être vivant, est des plus honorables, et l'on ne saurait trop réprouver le spectacle de cruautés dirigées contre les animaux. Mais, outre qu'il faut distinguer entre l'expérimentation raisonnée et le sévice inutile, l'amour des bêtes, transformée en zèle importun, en tourment perpétuel, rentre dans le domaine pathologique.

La sensibilité maladive s'appliquant à ce mode d'anomalie prend dans un exemple cité par Morel (1) une intensité particulière. Il s'agit d'un homme de grande intelligence et occupant une haute position financière. Ce n'était pas seulement dans les circonstances solennelles de la vie, comme la mort de parents ou autres événements douloureux, que se développaient chez lui

(1) Morel, *Études cliniques*, 2 vol. 1851-52, t. II, p. 178.

des accès de sensiblerie qui faisaient craindre pour sa raison, mais les causes les plus futiles, les plus ridicules même, le poussaient à des exagérations étonnantes. Certaines mélodies lui donnaient des spasmes comme on en voit dans l'hystérie. Il s'attachait tellement à ses animaux domestiques, que leur perte le jetait dans des états perplexes et amenait des crises de larmes comme s'il se fût agi de ses meilleurs amis. Un jour, il tomba en proie à une véritable *douleur délirante* à propos de la mort d'une des nombreuses grenouilles qu'il élevait dans une mare, à Auteuil, et auxquelles il ne manquait pas d'aller porter quotidiennement de la nourriture. Cet état se trouvait en rapport avec une tendance hypochondriaque des parents.

Les dégénérés, dit Magnan, trouvent dans la zoophilie « de nombreux thèmes dont ils s'emparent, qu'ils exagèrent et qui finalement deviennent chez eux un véritable délire. »

Madame T... est un des membres les plus empressés de cette institution dont le but, louable quand il n'est pas exclusif, consiste à protéger les animaux. Assez indifférente aux souffrances humaines, elle réserve tout son intérêt pour les bêtes, et dépense sa fortune en leur faveur. Elle nourrit à domicile une quinzaine de chats perdus. L'exiguité de son appartement ne lui permettant pas d'en élever davantage, elle s'empresse d'envoyer de l'argent à toute personne qui lui en fait la demande, sous forme de secours pour les animaux affamés. Dans la rue, si elle voit un chien qui a l'air malheureux, elle s'empresse de lui acheter un petit pain ou un gâteau, elle l'amène dans une boutique et demande si on veut se

charger de l'entretien de la bête dont elle paiera la pension. Toutes les fois qu'elle monte en omnibus, elle donne dix ou vingt sous au cocher pour qu'il n'aille pas trop vite et ne fouette pas ses chevaux.

Cette sollicitude, connue des voisins, n'a pas manqué d'inspirer l'escroquerie (1). Un individu profite, par exemple, du moment où madame T... est à son balcon pour passer sous ses fenêtres, avec un chat ou un chien dans les bras, en monologuant : « Il faut que je me décide à le jeter à l'eau, je n'ai pas les moyens de le nourrir ! » La dame offre alors une certaine somme, cinq ou dix francs, pour qu'on n'exécute pas l'animal.

Entre autres manifestations de ce genre que Magnan (2) a observées, et dont il a fait l'objet d'une communication à la *Société de biologie*, se place la folie de certains héréditaires poussés à l'alimentation exclusivement végétale, non point par mesure d'hygiène, mais uniquement pour éviter l'abatage des animaux (*végétariens*). D'autres se mettent en campagne contre les vivisecteurs et se livrent parfois aux démonstrations les plus bruyantes (*antivivisectionnistes*).

Une fille de trente-sept ans, à hérédité vésanique convergente, émotive et scrupuleuse à l'excès, plus tard mélancolique hallucinée, refuse de manger de la viande et voudrait s'opposer au sacrifice des animaux. Elle se rend dans les abattoirs où elle exhorte les garçons bouchers à cesser leur cruelle besogne : « Nous n'avons pas le droit de tuer les animaux, leur dit-elle, ce sont des

(1) Voir in *Gazette des tribunaux* du 25 octobre 1885.

(2) Magnan, *De certaines variétés de délire chez les fous héréditaires : les antivivisectionnistes*. Séance de la *Soc. de biologie*, 23 février 1884.

frères qu'il faut protéger. » Prêchant d'exemple, elle sort chaque jour avec un panier de provisions pour les distribuer aux chiens errants les plus maigres qu'elle rencontre. Finalement, elle a été arrêtée aux abattoirs de la Villette, à la suite d'un scandale provoqué par ses discours.

Une dame de quarante ans éprouve pour tous les animaux (chien, cheval, grenouille, tortue, oiseau, etc.) une sollicitude si grande qu'elle en arrive aux actes les plus extravagants et les plus ridicules. Elle ramasse sur la chaussée les morceaux de verre, de crainte qu'un cheval dans sa chute ne vienne à se blesser. Arrivée à une station de voitures, elle fait de vives remontrances à toute personne qui prend un fiacre à la queue de la file, parce que le cheval est moins reposé que ceux de la tête de ligne; elle ne peut s'empêcher également de récriminer lorsqu'elle voit choisir un fiacre dont le cheval mange l'avoine.

Un matin, elle aperçoit un charbonnier rudoyant un vieux cheval qui ne veut pas entrer dans les brancards d'une charrette; elle le supplie de ne plus frapper l'animal, puis elle s'approche elle-même de la rosse, lui parle doucement, la caresse, l'embrasse et finit par l'installer dans les brancards. Avant de se retirer, elle demande la faveur de s'occuper encore de la bête, et le lendemain elle est là, à l'heure indiquée. Elle revient plusieurs jours de suite, jusqu'à ce que l'animal plus docile se laisse atteler sans résistance.

Je passe la relation d'autres épisodes non moins caractéristiques, pour retenir les suivants.

La malade est si impressionnable, qu'au seul bruit

d'un coup de fouet l'émotion la saisit, elle tremble de tous ses membres, pensant à la malheureuse bête qui a reçu l'atteinte. Un jour, dans la rue Drouot, voyant frapper un cheval, elle s'est évanouie et serait tombée sans le secours d'un passant.

Une autre fois, elle se trouve mal après avoir relevé un chien dont la patte venait d'être écrasée par une roue de voiture.

Elle a fait un testament en faveur de cinq ou six chiens qu'elle soigne dans son domicile ; la somme de vingt-cinq francs par mois qu'elle a léguée à chacun lui paraissant insuffisante, elle se propose de l'augmenter.

L'idée seule d'une expérience de physiologie, d'une vivisection, comme elle dit, lui arrache des larmes, la jette dans un état d'angoisse inexprimable ; elle donnerait, assure-t-elle, de grand cœur son existence, non pas demain, mais à l'instant même, si en échange on lui promettait qu'il n'y aurait plus jamais un animal sacrifié.

Cette dame présente, outre ces bizarreries, la crainte du contact de certains objets : encore un signe de plus de folie héréditaire.

A côté de l'antivivisectionniste dont l'amour exagéré pour les animaux se limite à la compassion, au vœu platonique, il y a l'antivivisectionniste entreprenant, dont la révolte est plus active, dont l'ardeur parfois ne connaît plus de bornes.

Magnan rappelle, à ce propos, un fait personnel : « Lors du congrès de Norwich, en 1874, dit-il, au moment où je me disposais à répéter les expériences sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, la salle fut envahie par plusieurs individus, à la tête desquels se

trouvait un véritable énergumène qui, l'œil étincelant, le visage injecté, vint avec un couteau couper le lien qui retenait l'une des pattes d'un chien. »

On n'a pas oublié, sans doute, l'histoire presque récente de cette dame qui, au cours de physiologie du Collège de France, frappa de son ombrelle le professeur se préparant à une démonstration expérimentale.

Ces dispositions batailleuses, tout impulsives, se retrouvent généralisées dans l'observation ci-dessous.

Observation XIV. (Magnan, in *Folie des antivivisectionnistes.*) — *Hérédité vésanique. — Préoccupation incessante pour l'animal et indifférence pour l'homme.*

Il s'agit d'une dame âgée de trente-huit ans, dont la mère, atteinte de délire chronique, est morte, au bout de vingt ans, dans la démence. Cette antivivisectionniste est très remuante, très agressive, c'est, en un mot, la véritable héroïne du genre. Comme beaucoup d'héréditaires mal équilibrés, elle n'est pas dénuée d'esprit ; elle m'avait adressé ces quelques mots avant de venir me trouver : « Je ne pense pas, Monsieur, que ce soit à titre de simple cas pathologique que j'aurai l'honneur de me présenter devant vous. Néanmoins, je ne m'en trouverais nullement humiliée, les toqués et les fous, à notre époque, me paraissant à peu près les seules personnes dignes d'estime. »

Elle éprouve une certaine satisfaction à raconter la part active qu'elle prend dans la campagne contre la physiologie expérimentale. Elle a, dit-elle, l'esprit de l'avenir ; elle est le *progrès*, la *lumière ;* elle ne tient pas à appartenir à un milieu bien pondéré, à avoir une intelligence d'un niveau moyen, un esprit égal ; on ne peut rien faire dans ces conditions. Elle ne tient pas à garder les réserves de son sexe, elle s'affranchit de toutes ces conventions ridicules, et au besoin elle ne craint pas de jurer et de recourir à un langage un peu épicé. Elle a du courage, elle ne redoute pas la lutte, elle veut soutenir les faibles. Les peines physiques la touchent peu, elle marche en

avant, elle hait l'humanité qui est méchante, et elle aime les bêtes.

Une expérience sur un animal devrait sauver, dit-elle, son fils, qu'elle s'y opposerait formellement, ne voulant pas devoir la vie de son fils à la vie d'un animal. Du reste, la douleur humaine la touche peu, tandis qu'elle s'émeut à la vue et à l'idée de la souffrance des animaux. Elle trouve plaisir à raconter qu'elle est entièrement détachée des affections humaines ; elle aime son fils parce qu'elle le tient sous la main, qu'elle le domine et qu'elle espère l'élever dans la haine de l'humanité et l'amour des animaux. Elle estime son mari, elle le considère comme un simple ami, comme un camarade, et, si elle éprouve un autre sentiment pour lui, c'est, sans doute, le résultat de l'habitude.

Il y a quelques années, elle avait recueilli chez elle douze chats ; mais comme elle occupait un appartement dans une des dépendances d'une grande administration, elle avait été invitée à se débarrasser de tous ces animaux ; elle décida son mari à abandonner une situation avantageuse plutôt que de se séparer de ses chats. Aujourd'hui, elle n'en a plus que cinq ou six ; elle en prend d'ailleurs grand soin, elle les baigne de temps à autre ; parfois ils la griffent, mais cela ne l'arrête point ; elle les laisse une heure dans une couverture de laine pour les bien sécher ; elle les surveille attentivement et se lève, la nuit, pour jeter leurs ordures et les tenir très proprement.

Ce contraste étrange entre cette préoccupation incessante pour l'animal et l'indifférence pour l'homme est une anomalie qui aurait lieu de surprendre, avec la lucidité d'esprit que présentent ces malades, mais qui devient cliniquement un fait vulgaire, quand on se reporte aux bizarreries et aux singularités des dégénérescences intellectuelles.

§ VI. — Les manifestations qui nous restent à décrire sont d'une nature autrement grave. Elles comprennent toute la série d'actes impulsifs qu'on a désignés du nom de *monomanies instinctives :* impulsions à l'*homicide*, au *suicide*, à la boisson (*dipsomanie*), au vol (*kleptomanie*), à l'incendie (*pyromanie*) ; anomalies, perversions et aberra-

tions sexuelles (*érotomanie*, *nymphomanie*, *satyriasis*, etc).

La signification exacte qu'il faut attacher au terme *impulsion* découle de l'exposé qui en a été fait dans le chapitre précédent. Mais il n'est pas inutile d'insister sur ce point, car il est plus facile de l'expliquer que d'en donner une définition précise.

Quand un délirant chronique, interprétant un geste de son entourage dans le sens de ses conceptions délirantes, ou bien entendant une injure, une menace à son adresse, réagit violemment, il obéit à une illusion, à une hallucination ; l'acte parfaitement déterminé répond à un système. Quand un mélancolique simple, poursuivi par des idées de ruine et de damnation, considérant sa vie ou celle des autres comme un fardeau dont il faut se délivrer, tue ou se frappe, il y a là un rapport de cause à effet. Il en est ainsi, généralement, dans la vésanie ordinaire. L'épileptique peut faire exception à cette formule, mais l'expression de son délire offre elle-même des attributs spéciaux (inconscience absolue, perte du souvenir du fait accompli).

Chez le dégénéré, l'impulsion caractéristique se dégage de toute sollicitation sensorielle ; sa vraie source incitatrice réside dans l'*instinctivité*.

Que l'acte paraisse raisonné et son mobile constitué par une opération intellectuelle, qu'il semble même le résultat d'une attraction pour le vice, son mécanisme ne diffère pas de celui qui pousse l'imbécile à lancer, par exemple, un couteau à la tête d'un passant, simplement pour voir courir un couteau, ou qui le porte au vol, à l'incendie, aux actions les plus basses et les plus malfaisantes, par imitation, par haine ou par vengeance.

A tous les degrés de la transmission héréditaire qui nous occupe, que l'on envisage l'idiot, le faible d'esprit ou le dégénéré supérieur, l'impulsion présente la même empreinte involontaire. Je me hâte d'ajouter que l'analogie s'arrête là. En effet, si le principe est commun, si, dans tous les cas, la tendance est impérieuse et pressante, il s'en faut qu'elle soit toujours automatique et irrésistible.

J'en appelle aussitôt à quelques exemples démonstratifs :

Un jeune homme de seize ans, atteint, au double point de vue moral et intellectuel, de faiblesse congénitale, empoisonne son père avec de l'arsenic, assomme son frère âgé de neuf ans, et tente d'empoisonner sa mère. Ces méfaits se découvrent fortuitement; la mère trouve dans une poche du pantalon du coupable, une note dans laquelle le meurtrier se demande pourquoi il lui faut commettre ces actes et paraît se décider à leur perpétration (1).

Voici maintenant le cas de Glénadel, dont Calmeil, qui le rapporte dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, a été le témoin. « Je vous dois tout, dit un jour le malade à sa mère qui, le voyant sombre et taciturne, le pressait de questions; je vous aime de toute mon âme, cependant depuis quelques jours une idée incessante me pousse à vous tuer. Empêchez que, vaincu à la fin, un si grand malheur ne s'accomplisse ; permettez-moi de m'engager. » Il partit et fut bon soldat.

Après plusieurs années, l'instinct homicide reste aussi fort qu'au début; il est vrai qu'il y a substitution de victime : ce n'est plus sa mère que Glénadel songe à tuer,

(1) Voir in *Ann. méd. psych.*, mai 1884, p. 515.

mais sa belle-sœur. Pour résister à cette seconde impulsion, il se condamne à un exil perpétuel. Un jour enfin, à l'annonce que sa parente vient de mourir, il rentre dans son pays; c'était une fausse nouvelle, car, en arrivant, il aperçoit sa belle-sœur vivante. La conception morbide le ressaisit à l'instant.

Le soir même, il se fait retenir par son frère : « Prends une corde solide, attache-moi comme un loup dans la grange, et va prévenir M. Calmeil. »

Son admission dans un asile d'aliénés obtenue, il écrit au directeur de l'établissement : « Monsieur, je vais entrer dans votre maison. Je m'y conduirai comme au régiment. On me croira guéri; par moments, je pourrai feindre de l'être. Ne me croyez jamais; je ne dois plus sortir sous aucun prétexte. Quand je solliciterai mon élargissement, redoublez de surveillance; je n'userais de cette liberté que pour commettre un crime qui me fait horreur. »

Le même contraste existe dans les trois exemples suivants relatés par Morel (1) :

Dans un cas, c'est un jeune dégénéré, dont la mère était morte en démence, qui se livrait depuis l'âge de seize ans au vagabondage, au vol, à l'ivrognerie. Durant ses rémittences, c'était un garçon doux et bienveillant, mais conservant toujours pour son père, qui n'avait pas *su le prendre*, disait-il, une aversion instinctive poussée jusqu'à l'idée du parricide.

Le second se rapporte à un jeune homme appartenant à une excellente famille, dont il faisait la désolation par

(1) Morel, in *Traité des mal. ment.*, *loc. cit.*, p. 530 et 553.

ses précoces et détestables perversions des sentiments. Il avait pour sa mère une haine invétérée, et se livrait contre elle aux actes les plus violents, à ce point que l'existence de cette femme, auprès de son fils, était continuellement en danger.

Dans le troisième fait, au contraire, il s'agit d'un homme de quarante ans, jouissant d'une intelligence très développée, et occupant une haute position sociale. Né d'un père hypochondriaque, il n'avait jamais, disait-il, éprouvé personnellement aucune maladie mentale; tout ce qui le tourmentait, c'était *une idée*, idée terrible qu'il avoua en rougissant et avec l'accent du désespoir. Depuis deux nuits, il était obsédé de la pensée d'étrangler sa femme qui dormait à côté de lui; il se relevait cent fois pour ne pas succomber à cette « tentation infernale », comme il l'appelait.

Dans leur pénible situation, c'est parfois à leur entourage que recourent directement les malades de cette catégorie, pour vaincre des tendances qui leur font horreur. Tel est le cas de cette malheureuse domestique suppliant sa maîtresse de ne pas la laisser seule avec l'enfant qui lui est confié, car toutes les fois qu'elle le déshabille et voit la blancheur de ses chairs, elle est provoquée par une force invincible à l'éventrer.

Quelle différence apparente entre ce fait et celui « d'Henriette Cornier (1), qui s'applique à gagner la confiance de ses voisins pour obtenir qu'ils lui permettent d'emmener leur petite fille chez elle ! Arrivée dans sa chambre, où elle avait eu soin de faire d'avance les préparatifs né-

(1) A. Foville, art. *Folie instinctive*; in *Nouv. dict. de méd. et de chir, prat.*, t. XV, p. 343.

cessaires pour l'accomplissement de son sinistre projet, elle tranche d'un seul coup la tête de l'enfant et jette cette tête dans la rue. » — Celui encore de Marie Jeanneret, une fille de trente ans, possédant une certaine fortune, qui se fait garde-malade par goût, et profite de sa position pour empoisonner ses clients, une vingtaine de personnes en tout, sans y avoir le moindre intérêt.

Il suffira de ces exemples pour établir le contraste qui préside au mécanisme de la folie instinctive, sous quelque forme d'ailleurs qu'elle se présente.

Rien n'est moins paradoxal que l'assimilation de tendances d'aspect si opposé. L'étude successive des dégénérescences nous a permis de comprendre ces diverses modalités, et de rattacher en somme à leur commune origine : l'action de l'idiot, manifestation quelquefois d'un simple réflexe médullaire, celle de l'imbécile, résultat d'une absence de jugement, comme aussi les faits du dégénéré combinant son crime, et de celui qui lutte contre la suggestion et peut en triompher.

Chez tous, s'impose la même idée automatique; ils assistent à son éclosion en spectateurs marqués par le destin. Si l'acte sollicité n'est pas toujours instantané, si la réflexion peut atténuer les effets du besoin, elle n'empêche point que ce dernier ne se soit produit, dans tous les cas, avec des caractères semblables.

Pour tous ces malades, alors même qu'on se trouve en présence d'une perversion des sentiments affectifs et sociaux, alors même que les actes paraissent voulus, il s'agit d'un élément morbide qui saisit l'individu dès le jeune âge, et sur lequel l'éducation n'a aucune prise efficace. La dépravation acquise n'est jamais en cause, et le

plus souvent elle n'a jamais eu l'occasion de s'exercer.

Ces considérations fixées, j'accepte la distinction. D'un côté, l'aliéné préparant son larcin, préméditant des méfaits de toutes sortes; de l'autre, ces malheureux invinciblement poussés, malgré leurs résistances, à l'assassinat, au vol, à l'incendie, à des actions honteuses.

Les confidences de certains héréditaires dont la nature honnête et droite proteste avec énergie contre leurs sollicitations peuvent à peine rendre compte des souffrances qu'ils endurent. L'un d'eux, le plus doux des hommes, aussi incapable de mal agir que de mal penser volontairement, mais tourmenté par des impulsions violentes, me disait un jour : « Je préférerais recevoir trente mille coups de bâton, être astreint au métier le plus pénible, plutôt que de me sentir obsédé, comme je le suis, par des désirs coupables. L'idée de me débarrasser de la vie n'est rien à côté de celles qui m'excitent à allumer des incendies, à tuer mon prochain, et ce qu'il y a de plus fort c'est que, si je ne me surveillais pas, j'en arriverais à la ruse pour faciliter l'exécution de ces tendances. » Le même malade, fils et petit-fils de nerveux et d'excentriques, présente également, au milieu de préoccupations hypochondriaques très vives, des aberrations génitales, et la crainte des espaces.

Une expression saisissante des tortures morales de ce genre est reproduite dans cette lettre adressée par un malade au D[r] Manning, et dont je donne l'analyse écourtée d'après les *Annales médico-psychologiques* (1). Il s'agit d'un homme possédant la pleine connaissance de ses actes,

(1) In *Ann. méd. psych.*, 1885, p. 317.

qui, depuis dix-sept ans, combat des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché, la nuit, près de son père, il aperçoit dans la chambre un poignard dont la vue lui suggère la tentation atroce de devenir parricide. Est-il en voyage, il se sent envahi par le désir de sauter du wagon ou d'en précipiter ses compagnons de route. Cet aliéné est marié et doit cacher avec soin à sa femme et à ses enfants les angoisses qui l'étreignent. Le document est signé simplement : *Un homme qui souffre.*

Pour être impulsif et souvent irrésistible, l'acte ne présente pas toujours un caractère dangereux, mais plutôt bizarre ou plaisant. Nous avons déjà vu, à propos de l'onomatomanie, que son expression consistait parfois dans la répétition impérieuse d'une phrase ou d'un nom, dans l'obligation pour le sujet de proférer machinalement, et malgré l'effort volontaire, un mot injurieux ou grossier. Ce sont, pour ainsi dire, des états de transition entre les idées fixes sans objectif extérieur, et celles qui se manifestent par des violences publiques; mais l'origine instinctive commune est évidente.

On peut signaler d'autres situations analogues. Maudsley (1) cite l'exemple d'un homme qui doit pénétrer dans une maison de tel pied le premier; si par un grand effort de volonté, il réussit à vaincre son caprice en entrant de l'autre pied, quelle angoisse! Il n'a aucune tranquillité d'esprit tant qu'il n'est pas sorti de la maison pour y rentrer du pied convenable. Il doit également remarquer le numéro ou le nom inscrit sur la porte d'entrée, car, s'il détourne résolument les yeux pendant

(1) Maudsley, in *Pathologie de l'esprit*, *loc. cit.*, p. 333.

qu'il franchit la porte, il est obligé de revenir sur ses pas pour regarder le numéro ou le nom, et, un jour, il dut refaire ainsi plus d'un mille, après un suprême effort pour maîtriser son impulsion absurde.

Dans un autre cas, il s'agit d'un *gentleman* qui, se promenant sur la voie publique, remarque par hasard deux pierres à l'extrémité d'un mur élevé; immédiatement il lui vient à l'idée que ces deux pierres devaient être renversées. La hauteur du mur l'empêchait de les atteindre, et le ridicule de prendre une échelle en plein jour lui permit de résister à l'impulsion pendant une quinzaine qui fut terrible pour lui. Au bout de ce temps, n'y tenant plus, il sortit secrètement de la ville pendant la nuit et se dirigea vers le mur, muni d'un long fouet avec lequel il réussit, après plusieurs tentatives, à jeter les pierres par terre. Après cela, son esprit resta en repos, jusqu'à ce qu'une nouvelle impulsion l'eût repris.

Plusieurs manifestations impulsives peuvent se rencontrer chez le même individu, mais il n'en est pas qui se transforment plus souvent que les idées d'homicide en idées de suicide, et réciproquement. Le suicide surtout offre, chez les dégénérés, un mode désespérant et presque fatal. C'est une tendance qui se transmet fréquemment par hérédité similaire et quelquefois identique dans l'accomplissement de l'attentat. Nous en avons donné plusieurs exemples probants dans le premier chapitre de ce travail.

L'observation suivante se rapporte à une dégénérée dont les dispositions au suicide se trouvent mêlées à d'autres phénomènes de même origine. Elle rend compte de l'état moral et intellectuel de la plupart des malades de cette

catégorie qui, conscients de leur état, péniblement impressionnés par leurs obsessions, luttent contre elles et souvent font appel à un secours étranger.

Observation XV. (Personnelle.) — *Hérédité congestive. — Mélancolie impulsive. — Périodicité des accès (quatre en dix-huit ans). — Manifestations successives : d'abord obsession simple, craintes diverses. — Aux troisième et quatrième accès, impulsions au suicide. — Cherche un appui dans son entourage pour résister à l'impulsion.*

Madame L..., quarante-deux ans, aurait toujours été bien portante, à ce qu'elle prétend, jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans ; elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance, mais elle dit avoir présenté, jeune fille, quelques troubles nerveux vagues : toujours très impressionnable, un rien la mettait en émoi. Elle est née d'un père exposé, par sa profession, aux accidents saturnins et mort, à soixante-neuf ans, d'une attaque de paralysie. La mère est morte, elle aussi, d'une attaque apoplectique, à soixante-huit ans ; durant sa vie, elle n'aurait jamais eu d'accès convulsifs, cependant elle était très nerveuse et très irritable.

La malade a éprouvé beaucoup de difficultés et de chagrins dans le cours de son existence ; mais cela n'avait pas eu de retentissement notable sur sa santé, jusqu'au jour où elle fut atteinte pour la première fois, il y a dix-huit ans, peu de temps après un accouchement toutefois régulier.

Madame L... ayant entendu parler de personnes, dans son voisinage, sous le coup de fièvre cérébrale, se sent obsédée par l'idée que cette affection est contagieuse ; elle se met au lit et reste couchée huit jours, persuadée qu'elle a une fièvre cérébrale. Cette crainte ne tarde pas cependant à disparaître, mais durant quatre à cinq mois encore, il subsiste des terreurs qui, sans être aussi précises, sont aussi peu motivées.

Elles s'accompagnaient de troubles somatiques, tels que : anxiété précordiale, picotements sur le corps, pesanteurs dans la tête, sensation que la malade exprime en disant qu'elle croyait avoir une « tête de bois. »

2e *Accès.* — Il survient huit ans après. A la suite de certaines

contrariétés, de préoccupations de fortune, des accidents à peu près semblables aux précédents se montrent. L'idée dominante de madame L... est qu'elle va perdre la tête, qu'elle va devenir folle. L'anxiété s'impose pendant six mois et laisse peu de liberté d'esprit pour la vie ordinaire.

3e *Accès*. — Un intervalle de six ans le sépare du second. Il coïncide avec les chagrins causés par la mort du père et par la maladie de la mère. Durant l'espace de trois à quatre mois, tout devient pour madame L... prétexte à frayeurs : lectures de journaux, conversations, elle interprète tout dans le sens de ses idées délirantes. Ce sont d'abord des craintes sur l'état de sa santé. Puis la situation s'aggrave, et pour la première fois apparaissent des tendances impulsives; la malade se sent poussée à se précipiter par la fenêtre; dès qu'elle passe sur un pont, elle est obligée de s'éloigner du parapet, de peur de céder à la tentation de le franchir.

4e *Accès*. — Au mois de mars 1881, quand nous avons eu l'occasion de voir madame L..., l'accès durait depuis trois mois. A la suite d'une scène très vive avec un membre de sa famille, madame L... avait été prise subitement d'un tremblement nerveux général qui, prolongé pendant plus de deux heures, s'était accompagné de sensation de boule à la gorge, de tiraillements dans la région épigastrique, de fourmillements à la tête. Depuis lors, même son sommeil est troublé et pénible. L'impulsion revient, de jour en jour plus obsédante et plus tenace.

La malade redoute de faire du mal aux personnes qui l'entourent; à la vue d'une arme surtout, elle est prise de l'envie de frapper ou de se frapper elle-même. « Otez les couteaux, dit-elle un jour à sa cousine, car mes nerfs sont si drôles, qu'à table je suis tentée de m'ouvrir le ventre. » Une autre fois, c'est la porte qu'elle demande à fermer à clef, pour qu'elle n'aille pas se jeter à la rivière.

L'intelligence de madame L... n'est pas atteinte; la malade se rend un compte exact de la situation qui lui est faite. Elle sait bien que ces idées sont « imaginaires »; elle voudrait résister à ses craintes, à ses impulsions, mais sa volonté demeure impuissante à les réprimer; pour employer son expression, « c'est plus fort qu'elle. »

Dans l'intervalle des accès et des paroxysmes, madame L... ne reprend pas complètement possession d'elle-même ; toute trace de ses conceptions disparaît, il est vrai, mais son caractère s'est modifié dans le sens de la tristesse ; elle conserve aussi une tendance marquée aux préoccupations, elle reste scrupuleuse et craintive à l'excès.

Dans le cas précédent, l'impulsion, faible, en somme, rend la résistance facile. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en semblable circonstance, parfois un simple obstacle permet au malade de maîtriser ses penchants. Il en est ainsi pour ce chimiste qui, porté à l'homicide, se faisait attacher les pouces avec un ruban ; cette frêle ligature suffisait pour le calmer.

La sollicitation à l'acte délictueux ou violent est souvent abstraite, mais elle peut être spécifiée. Pour le vol, par exemple, les uns s'approprient tout ce qui leur tombe sous la main et en quelque endroit qu'ils se trouvent ; d'autres, au contraire, ne dérobent que des choses déterminées et souvent de peu d'importance. « J'ai connu, dit Marc, un médecin instruit, dont la manie consistait à voler des couverts de table ; elle ne s'étendait pas à la soustraction d'autres objets. »

De même, dans l'ordre des impulsions homicide et suicide, qui se traduisent de la manière la plus variée. Les uns se pendent, d'autres se noient, ceux-là, pour accomplir leurs desseins, adoptent le fer ou le poison. Dans quelques cas, c'est l'envie d'étrangler, à l'exclusion de toute autre idée fixe. Parfois l'incitation à tuer ou à se frapper n'arrive que si les regards de l'individu viennent à tomber sur une arme quelconque.

Nous avons pu constater cette disposition chez la ma-

lade de l'observation XV, qui, dès qu'elle voit un couteau, est impérieusement engagée à le tourner contre elle-même ; elle n'ose pas traverser un pont, de peur d'être tentée de se jeter à la rivière. — M. V... (observation XVIII) prend soin, toutes les fois qu'il voyage en bateau-mouche, de descendre dans la cabine, la vue de l'eau lui inspirant le désir de se noyer; quand il monte sur l'impériale d'un omnibus ou d'un wagon de chemin de fer, il songe aussitôt à se précipiter sur la voie. — Un malade de Maudsley fut obligé de quitter son appartement, parce qu'une haute tour qui se dressait sous ses yeux lui donnait de telles pensées de suicide qu'il craignait de ne pouvoir y résister toujours, s'il continuait de vivre en ce lieu.

Enfin si, ordinairement, l'impulsion n'a pas de but spécial en tant que réaction particulière contre telle ou telle personne, il n'est pas rare de rencontrer la manifestation inverse. Dans le fait de Glénadel, déjà cité, l'instinct qui désigne d'abord la mère comme victime, se tourne plus tard contre la belle-sœur. C'est ainsi également que certains malades sont tourmentés de l'idée d'égorger leurs enfants; mais, circonstance assez curieuse, la vue d'enfants étrangers peut ne développer aucune tendance, l'obsession s'appliquant surtout aux êtres les plus chers. J'ai vu, dans le service de Magnan, une femme (dont le père était dipsomane), dipsomane elle-même et présentant à la fois des impulsions au suicide et à l'homicide : elle voulait tuer sa petite fille, mais pas son mari, parce qu'à l'entendre, elle n'aimait pas assez ce dernier (1).

(1) Cette disposition est encore fréquente dans les états de mélancolie simple, s'accompagnant d'idées d'homicide.

§ VII. — La *dipsomanie* (*monomanie d'ivresse* d'Esquirol), que pendant longtemps on a décrite comme entité morbide, n'est aussi qu'un symptôme saillant d'un état impulsif héréditaire. Elle consiste dans un entraînement irrésistible de l'individu vers les boissons. Mais bien différent du vicieux porté à l'ivrognerie, le dipsomane est un malheureux prédisposé, impuissant à réagir, quoiqu'il le veuille, contre sa fatale propension. Avant de boire, le dipsomane est déjà aliéné; l'alcoolique ne devient fou qu'après avoir bu.

Les accès impulsifs sont intermittents, paroxystiques, plus ou moins fréquents, d'une durée plus ou moins longue. Leur début est marqué d'habitude par de la tristesse, par un besoin d'isolement; le sommeil est interrompu par des cauchemars; divers troubles somatiques paraissent : sécheresse à la gorge, bouffées de chaleur à la face, douleurs en barre à la région épigastrique, sensations pénibles d'un objet piquant qui s'enfonce ou d'un poids qui étouffe.

Dès que l'impulsion se montre, le malade est invinciblement poussé; aucune considération ne peut le retenir. Tous les moyens lui sont bons pour se procurer à boire. J'ai connu une dipsomane qui, pour payer ses libations, livrait ses vêtements : manteau, jupe ou corset. D'autres ne craignent pas de dérober, malgré l'honnêteté de leur nature.

Contrairement à l'ivrogne qui recherche la compagnie, le dipsomane s'enivre seul, évitant les endroits où il peut être connu, et parfois s'enfermant chez lui pour se livrer au penchant dont il a honte. Soumis à sa tendance instinctive, il ingurgitera, d'ailleurs, tout ce qui va lui tomber

sous la main; la qualité de l'alcool le laisse indifférent; il n'a pas de préférences, et c'est aux eaux de toilette qu'il s'adressera, s'il y a lieu.

La plupart de ces individus, toujours lucides, appréhendent l'approche de leur accès avec horreur, et font des efforts inouïs pour lutter. Certains écrivent avec leur sang le serment de ne plus boire. Ils jettent dans les liquides les substances les plus répugnantes, mais s'ils triomphent parfois de l'obsession, le plus souvent ils sont vaincus dans leur résistance. Quelques-uns de ces malades, voyant l'inutilité de leurs moyens, finissent par avoir recours au suicide.

Madame N..., habituellement régulière et économe, mais dont l'ascendance présente une mère et un oncle dipsomanes, était prise d'accès irrésistibles de « *monomanie ébrieuse* » qui lui faisaient tout délaisser : intérêts, devoirs, famille. « On ne pouvait, dit Trélat (1) qui détaille l'observation, entendre, sans être saisi d'une vive pitié, le récit des efforts que cette femme a tentés pour se guérir d'un penchant si funeste. » Sentant venir l'accès, elle mettait dans son vin les choses les plus propres à lui en inspirer le dégoût; elle y a mêlé jusqu'à des excréments. En même temps, elle s'adressait des injures : « Bois donc, misérable; bois donc, ivrogne; bois, vilaine femme qui oublies tes premiers devoirs et qui déshonores ta famille! » Elle s'invectivait en vain; la passion maladive était plus forte que tous les reproches et que toutes les résolutions.

Un état contrastant avec la dipsomanie, mais qui parti-

(1) Trélat, *De la folie lucide*, p. 160. Paris, 1861.

cipe, comme elle, des attributs de la folie héréditaire, vient d'être décrit par Magnan sous le nom de *sitiomanie* (σιτία, faim). Il se rapporte à une malade atteinte d'une disposition particulière, d'une impulsion spéciale, sorte de boulimie à paroxysmes, idiopathique, qui l'oblige à manger constamment et tout ce qu'elle trouve. Cette femme se montre affligée et confuse de ce besoin singulier.

§ VIII. — Au milieu de cette variété de syndromes qui relèvent de la dégénérescence, un chapitre spécial mériterait d'être consacré aux troubles du sens génital.

Il est rare, en effet, que chez les dégénérés la fonction sexuelle ne soit pas pervertie. Sans parler des actes de bestialité, de ces faits odieux de violations de sépultures, de cohabitation avec des cadavres, l'anomalie peut aller de l'idée la plus baroque aux entreprises les plus répugnantes. Depuis la femme que l'impulsion pousse à initier son fils aux pratiques de l'amour, jusqu'à cet individu dont le désir vénérien se porte sur une statue, et cet autre qui met l'objet de son adoration platonique dans une étoile, il y a place pour des degrés infinis. Leur expression multiple peut être résumée dans la division suivante : excès, défaut, déviation de fonctionnement.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la distinction à établir entre les aberrations congénitales et les anomalies acquises (démence sénile, paralysie générale, épilepsie, manie, etc.) ; ce n'est pas de ces dernières dont nous voulons parler. Mais si tous les *satyriasiques*, toutes les *nymphomanes* ne sont pas des dégénérés, il faut ajouter avec Bouchereau (1) que, « fréquemment, les tendances éro-

(1) Bouchereau, art. *Satyriasis* ; in *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 67.

tiques sont les produits de l'hérédité, et quand l'éducation ne parvient pas à les modifier, à calmer des instincts de cette nature, les causes les plus légères les mettent au jour. »

Les mêmes considérations s'appliquent à une classe d'aliénés décrits par Lasègue (1) sous le nom d'*exhibitionnistes*. Le signe saillant de l'affection consiste dans l'étalage en public des organes génitaux. Dans la plupart des observations on retrouve, en même temps qu'un état impulsif intermittent, les autres caractères de la folie transmise. Un malade de Magnan répond à cette manière d'être : il s'agit d'un peintre en bâtiments, âgé de quarante-quatre ans, qui, entre autres phénomènes pathologiques qu'il éprouve, se sent poussé à des actes contre nature. « A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements ; aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque (depuis deux ans il n'a plus d'érections), et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison. » Sa femme tenant une crémerie, c'est lui qui parfois dirige la boutique ; à plusieurs reprises, il n'aurait pu s'empêcher de tremper ses organes génitaux dans le lait qu'il distribuait ensuite aux clients (2).

Parmi nos individus atteints d'obsessions, il n'est pas rare de rencontrer l'impossibilité du coït. Ce n'est point

(1) Lasègue, in *Union médicale*, mai 1877.
(2) Magnan, *Impulsions et actes des aliénés*, *loc. cit.*, p. 15.

cependant que l'organe soit mal conformé, que le centre génital médullaire soit toujours atteint, puisque l'érection a lieu en des circonstances déterminées. Le défaut se montre seulement dans les tentatives de rapport sexuel; le réflexe cérébral l'emporte sur l'automatisme. La présentation à l'esprit de l'idée fixe, dominante, suffit alors à créer la frigidité, par le même mécanisme qu'elle en arriverait à empêcher un acte quelconque.

Parfois, comme dans le cas suivant, l'irrégularité de la fonction génito-spinale paraît seule en cause.

Observation XVI. (Personnelle.) — *Hérédité névropathique : mère hystérique. — Un frère aliéné; un autre porté à la mélancolie. — Caractère irrésolu. — Manque d'équilibre des facultés. — Anomalie sexuelle par défaut.*

M. Z... est un jeune officier d'artillerie, âgé de vingt-neuf ans, d'une organisation physique irréprochable, à tournure mâle, à système pileux développé. La dentition pourtant est mauvaise. Il souffre également de névralgies rebelles. Sa position sociale, qu'il a obtenue vite, dénote une intelligence et une instruction peu ordinaires. Une mission officielle dont il se trouve actuellement chargé est une preuve de plus du mérite qu'on attache à ses capacités.

A la manière dont le succès lui a souri jusqu'à ce jour, on croirait avoir affaire à un homme qui n'a plus rien à souhaiter. Il n'en est pas cependant de plus profondément malheureux. Sa vie est un tourment perpétuel, exclusivement dirigée depuis longtemps vers le seul but qu'il ne puisse atteindre. Il lui est impossible d'approcher une femme, dans n'importe quelle condition, sans qu'aussitôt l'érection pénienne qui se produit en toute autre circonstance ne cesse brusquement. Toutes les tentatives pour la réveiller demeurent inutiles, tous les moyens qu'il a employés sont restés jusqu'ici sans résultat.

Cette frigidité, qu'il ne peut concevoir. lui suscite les pensées les plus pénibles. Il délaisse ses travaux les plus chers; il fuit ses camarades, parce qu'il craint de les voir pénétrer le

secret qui le torture, et d'être tourné en ridicule; dans ces derniers temps, il a fini par chercher l'oubli dans la boisson.

Comment expliquer une défectuosité de cette nature? Les antécédents personnels et héréditaires du sujet plaident en faveur de la dégénérescence. Dès l'enfance, M. Z... se montre déjà mal équilibré. Les facultés intellectuelles prennent leur essor, mais d'une façon irrégulière. Il spécialise de bonne heure ses études et si, eu égard à certaines aptitudes particulières, il comprend facilement, il est, d'ailleurs, peu appliqué ; si son esprit est vif, il respecte peu la discipline.

Jusqu'à l'âge de seize ans, le seul sentiment qu'il connaisse, en dehors de l'affection de la famille, c'est un amour idéal qu'il reporte sur un camarade de classe. Même à vingt ans, il n'a pas encore éprouvé la moindre émotion auprès d'une femme ; il ignore, pour ainsi dire, la différence des sexes.

Sorti du gymnase, il entre dans l'armée où il mène une vie exemplaire. Mais un jour, à l'issue d'un repas de corps fortement arrosé, entraîné par ses amis dans une maison publique, il y passe la nuit et tout ce dont il se souvient, car il resta pendant plusieurs heures sous l'action alcoolique, c'est qu'au bout de quelques jours il fut atteint de blennorrhagie. L'écoulement disparu, il se met à rechercher les femmes, mais depuis son premier coït, l'acte ne s'est jamais reproduit. En toute autre occasion, l'érection a lieu ; le seul désir d'un rapport sexuel suffit à la faire disparaître. La frigidité augmente auprès d'une femme, s'accuse par le contact et cela d'autant plus que le malade est sollicité par l'idée qu'il ne pourra réussir.

M. Z... a puisé dans l'hérédité sa disposition pathologique. Si le père est mort phtisique à trente-huit ans, sans avoir présenté d'accidents nerveux appréciables, la mère, âgée de cinquante ans, s'émotionne vite et reste sous le coup de crises hystériformes fréquentes. Le frère aîné de M. Z..., atteint d'aliénation mentale, est traité dans un asile depuis quatre ans; un second frère, plus jeune que lui, offre des tendances mélancoliques.

Sous la désignation de *sens sexuel contraire*, Westphal a décrit une anomalie de l'instinct génital consistant dans

le penchant exclusif de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme. Il ne faudrait pas croire qu'il s'agisse, dans les cas de ce genre, d'habitudes dépravées et acquises. L'inclination, purement pathologique, puise constamment sa manière d'être dans l'hérédité morbide. C'est une tendance impulsive, présentant la même origine, les mêmes caractères que les impulsions précédemment exposées. Toutes les observations (Westphal, Gock, Krafft-Ebing, Krüg, Charcot et Magnan) (1) plaident en faveur de cette opinion.

Le fait suivant, rapporté par le Dr Cantarano (2), appartient évidemment à la dégénérescence.

« Une jeune fille de vingt ans, indemne de toute tare héréditaire (?), présente un caractère capricieux. Excitable, elle se montre peu apte aux travaux intellectuels et préfère vagabonder. On la met dans une maison de retraite ; c'est là, qu'à l'âge de quinze ans, elle est réglée pour la première fois (menstruation irrégulière). Elle se lie intimement avec ses camarades et cohabite avec elles, comme si elle était un homme. Un an plus tard, elle s'enfuit chez elle, met le feu à la maison et fait peser l'accusation sur son frère. Nouvel essai de réintégration dans la maison de retraite ; nouvel insuccès. Confiée à une tante, elle s'échappe de la maison, habillée en homme, et

(1) Westphal, *Die conträre Sexualempfindung ;* in *Archiv für Psychiatrie* 1870 et 1876. — Gock, *Sur le sens sexuel contraire ;* in *Arch. für Psych.* 1875. — Krafft-Ebing, *Conträre Sexualempfindung ;* in *Arch. für Psych.*, 1877. — Krüg, *Sur la perversion des instincts sexuels ;* in *Brain*, oct. 1881. — Charcot et Magnan, *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles ;* in *Archives de neurologie*, nos 7 et 12. Paris 1882.

(2) Cantarano, *Contributo alla casuistica della inversione dell' istinto sessuale ;* in *la Psichiatria*, 1883, fasc. 3. — Analyse par le Dr Kéraval, in *Ann. méd. psych.*, nov. 1884, p. 458.

va, dans un lupanar, visiter une de ses anciennes compagnes, mais celle-ci l'accueille mal et la fait arrêter. On constate à ce moment qu'elle est encore vierge. Une seconde équipée semblable entraîne le placement dans un asile d'aliénés; ici, amourettes sentimentales avec une malade et des gardiennes. Froideur absolue à l'égard des hommes; conscience de son état; nulle anomalie dans le développement; c'est bien une femme parfaitement conformée. »

Malgré l'affirmation de l'auteur italien relativement à l'absence de l'hérédité, l'action de cette dernière est indubitable. Sans compter qu'une perversion génitale de cette nature constitue par elle-même un indice de dégénérescence, les autres dispositions impulsives que présente la malade, ses mauvais instincts développés dès le jeune âge, sont le propre des dégénérés.

En dépit de leurs traits vicieux, les caractères morbides de ces tristes situations s'établissent sans conteste, et l'on ne saurait, sans grossière erreur, les rapporter à des besoins de vulgaire débauche (1). La plupart de ces malheureux aliénés réprouvent, d'ailleurs, leurs étranges tendances et recherchent tous les moyens de guérison.

Dans le mémoire du Dr Julius Krüg, déjà cité, un malade confesse spontanément son penchant pour les individus du même sexe que lui, et réclame instamment de la science le secours nécessaire pour combattre ses funestes désirs. — Un autre se maria, dans l'espoir de rentrer dans la vie sexuelle normale, mais il ne put prendre

(1) La démonstration en a été faite aux pages 123-127, à propos des actes impulsifs en général.

sur lui de pratiquer le coït que deux fois, et son état moral ne fut qu'aggravé par sa déconvenue (1).

Les observations consignées dans le travail de Charcot et Magnan (*Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*) sont des plus démonstratives. Les malades ont pleine conscience de leur état; bien élevés, presque tous intelligents et instruits, ils font les plus grands efforts pour lutter contre leurs bizarres entraînements.

Dans un cas, l'anomalie se traduit par les sensations voluptueuses que provoque la vue ou seulement le souvenir de l'homme nu ou d'une statue d'homme nu, les femmes, si belles qu'elles soient, n'ayant jamais développé le moindre désir.

Le fait saillant du second consiste dans l'obsession singulière qui dirige les regards du patient vers la région fessière des femmes, et qui le pousse à la recherche de l'anus d'un petit garçon habillé, le garçon nu ne l'impressionnant pas.

Un autre individu, dès l'âge de cinq ans, est entraîné à l'érection devant un bonnet de nuit, une coiffe; plus tard, il éjacule au contact de ces objets. A trente-deux ans, il se marie avec une jeune demoiselle qu'il aime; mais la première nuit des noces, il reste frigide à côté de sa femme. Il ne peut remplir ses devoirs conjugaux à moins d'évoquer une image qui, antérieurement, provoquait chez lui l'orgasme génital, c'est-à-dire une tête de vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit.

Le quatrième fait, communiqué par le Dr Blanche, se rapporte à un homme de trente-quatre ans qui, depuis

(1) Voir in *Ann. méd. psych.*, mai 1884, p. 526.

son enfance, n'éprouve de plaisir sensuel qu'en présence ou même à la pensée des clous des chaussures de femme; il fut arrêté, un jour, au moment où il se masturbait à la devanture d'un cordonnier.

On se rendra compte du dernier cas en parcourant l'observation suivante.

Observation XVII. (Charcot et Magnan. In *Inversion du sens génital*, etc., *loc. cit.*) — *Hérédité morbide convergente. — Intelligence mal équilibrée; conformation vicieuse du crâne; à quinze ans, obsession impulsive le poussant à voler des tabliers blancs pour se masturber; rêves de tabliers blancs; quelquefois couche avec le tablier blanc; trois condamnations pour vol de tabliers blancs; ordonnance de non-lieu pour le dernier vol. — Dépression mélancolique; tendances au suicide.*

C... (Auguste), journalier, âgé de trente-sept ans, entre pour la seconde fois à Sainte-Anne, le 24 novembre 1881. Il offre une double hérédité morbide: son père alcoolique est mort d'une cirrhose hépatique; son oncle paternel est mort aliéné, à l'asile de Pontorson. La mère et la sœur, nerveuses, irritables, sont toutes deux portées à la mélancolie. Un frère faible d'esprit a eu, à vingt ans, un accès maniaque. Lui-même, dont le niveau intellectuel est peu élevé et les facultés mal équilibrées, présente des signes physiques de dégénérescence; son crâne est mal conformé; la bosse frontale droite et la bosse temporale gauche sont plus saillantes; le front est fuyant, et l'ensemble présente un notable degré de *plagiocéphalie*. A treize ans et demi, il aurait eu une fièvre typhoïde; il est allé à l'école, il a appris à lire et à écrire, mais il a été peu appliqué et toujours irrégulier dans son travail et sa conduite. A quinze ans, il aperçoit flottant au soleil un tablier qui séchait, éblouissant de blancheur; il approche, s'en empare, serre les cordons autour de sa taille, et s'éloigne pour aller se masturber au contact du tablier, derrière une haie.

Depuis ce jour, les tabliers l'attirent, il ne peut s'empêcher de les prendre, s'en sert pour pratiquer l'onanisme, puis les replace dans le lieu où il les a pris, ou bien il les jette ou les

laisse chez lui dans un coin. Quand il aperçoit un homme ou une femme avec un tablier blanc, il les suit, ne tenant aucun compte du sexe, le tablier seul offrant tout l'attrait.

En 1861, ses parents voulant mettre un terme aux vols de tabliers, le font engager dans la marine; il avait alors seize ans. A bord du navire, ne voyant plus de tabliers, il se calme et son esprit reste en repos : « Je n'y pensais pas, dit-il, je n'en voyais pas. » Rentré en France, en 1864, il passe deux mois de congé à Pontorson ; la vue des tabliers le pousse de nouveau à s'en emparer et à se livrer à l'onanisme. Souvent il ferme les yeux et éprouve une très vive satisfaction à se représenter le tablier blanc, flottant, tel qu'il lui était apparu la première fois. La nuit, il rêve aux tabliers blancs. Il est poussé à prendre les tabliers et non autre chose ; il y aurait eu, dit-il, cent francs, mille francs, à côté du tablier, qu'il se serait uniquement emparé de celui-ci et non de l'argent.

En 1865, pendant un congé de quinze jours, il est arrêté par la police pour vol d'un tablier blanc. Devant le tribunal, il raconte ses obsessions, ses impulsions; mais on rit, il n'est pas écouté, et se voit condamner à huit jours de prison. Quelques années après, à Cherbourg, étant sur le cuirassé *l'Atalante*, pendant une permission de vingt-quatre heures, il vole un tablier qui sèche au soleil; surpris en flagrant délit, il s'enfuit, se cache, ne rentre à bord qu'au bout de neuf jours. Il raconte ce qui lui est arrivé, il insiste en affirmant que c'est la vérité; le conseil de guerre se montre, dit-il, indulgent, laisse de côté la désertion, et ne le condamne qu'à un mois de prison.

A Rochefort, étant sur la canonnière *la Comète*, en 1870, il obtient une permission de vingt-quatre heures. Il flânait dans les rues, lorsque passant devant la porte d'un pâtissier, il aperçoit dans une armoire une pile de tabliers blancs, très propres et bien pliés. La boutique étant surveillée, il n'ose pas y entrer. Il guette dans la rue, sombre, triste, attentif à ce qui se passe, ne perdant pas l'armoire de vue, et poursuivi par l'ardent désir de s'emparer de ces tabliers. Les heures s'écoulent, la nuit arrive, il ne quitte pas son poste ; enfin la boutique se ferme ; lorsque les lumières sont éteintes, que tout bruit a cessé, il escalade un mur, descend dans une

cour, pénètre dans la boutique, met la main sur les tabliers et, au moment où il se retire, il renverse un meuble, dont le bruit attire l'attention; on accourt, on l'arrête tenant son tablier.

Devant le conseil de guerre, l'avocat réclame une enquête médico-légale; on refuse; l'accusé est condamné à un an de prison. Après avoir subi sa peine, il veut fuir les tabliers et s'engage sur un transatlantique, où il passe près de deux ans. Au retour, il est triste, découragé, se sent impuissant à résister aux obsessions, et, pour échapper à de nouveaux malheurs, il forme le projet d'entrer au couvent de la Trappe. On l'admet après de pressantes démarches. Très fervent au début, il embrasse avec joie la vie monastique : il se lève à deux heures du matin, s'inflige la discipline, se frotte le corps avec des orties, s'enfonce des épines sous la peau, et malgré ce dur régime, jouit d'un repos relatif, n'étant plus obligé de lutter contre ses obsessions.

Cependant au bout de trois ans, son zèle religieux commençant à fléchir, il quitte le couvent, et, pendant quatre ans, de 1876 à 1880, il se place dans des pensions ou des collèges, comme garçon de table ou de dortoir, et peu à peu reprend ses anciennes habitudes, dérobant tantôt un tablier blanc, d'autres fois en achetant et reprenant avec eux ses pratiques d'onanisme; il couchait même quelquefois avec un tablier blanc. En avril 1880, il quitte sa place, passe sa journée au cabaret, et, le soir, il est arrêté à Bercy, escaladant un mur pour s'introduire dans une maison. Une perquisition faite chez lui amène la découverte d'une collection de tabliers blancs maculés de sperme. Cette fois, une enquête médico-légale est suivie d'une ordonnance de non-lieu, et il entre à Sainte-Anne, le 23 mai 1880.

Au bout d'un an de séjour, il est rendu à la liberté; mais il est triste, sombre, découragé, devient irritable et forme parfois des projets de suicide. En six mois, il fait cinq places, et, après une période de dépression avec idées mélancoliques, il est ramené à l'asile. Il raconte qu'il n'a plus dérobé de tabliers, mais qu'ayant eu des relations avec une femme, il avait eu recours au souvenir du tablier blanc, et qu'il l'avait évoqué aussi en se livrant à l'onanisme.

Voilà des anomalies bien singulières! L'aberration génitale n'est pas moindre dans les deux observations suivantes empruntées à un travail du professeur Tarnowsky, de Saint-Pétersbourg (1), et que je résume brièvement. Elles offrent un intérêt tout particulier, non seulement au point de vue épisodique, mais à cause de la périodicité *régulière* de l'impulsion. En général, dans les faits de ce genre, si les accès sont intermittents, l'époque de leur apparition est indéterminée, à l'exception peut-être de ce qui se passe dans certains cas de dipsomanie.

Un malade donne à une fille publique des indications sur la manière de le flageller, en la prévenant que, lorsqu'il viendra, le soir, il ne lui adressera pas la parole, se couchera sans mot dire et subira la manœuvre indiquée. En effet, quelques mois plus tard, il arrive, morose et taciturne, se déshabille, se couche, subit la flagellation, s'excite, prononce des paroles bizarres, éjacule, s'endort et, après quelques heures de sommeil, repart sans avoir ouvert la bouche. Ces visites se répètent tous les deux ou trois mois. Dans les intervalles, il vient payer et donner à cette femme quelques indications complémentaires. Pendant plusieurs années que ce manège a duré, il n'a jamais eu avec elle de coït normal.

Un autre, père de famille, habituellement très rangé, a des accès autrement curieux. On lui prépare un logement spécial occupé par trois prostituées jouant, l'une le rôle de maîtresse de la maison, l'autre de caméériste et la troisième de cuisinière. Elles étaient pré-

(1) Tarnowsky, *Inversion du sens génital.* — Analyse par le Dr Bajenoff, in *Arch. de neurol.*, p. 272, mars 1885.

venues de ce qu'elles avaient à faire. Le malade arrivait sans jamais avoir vu préalablement le personnel. Après l'avoir déshabillé et couché, on le soumettait à l'onanisme, à la flagellation, à toutes espèces de violences sexuelles, selon un programme arrêté d'avance par une tierce personne. Le malade feignait de se défendre, se débattait, demandait grâce; enfin on lui donnait à manger, on le laissait dormir; mais au réveil, on ne lui accordait pas sa sortie, malgré ses demandes. Au bout de quelques jours, le factotum reconnaissait, à certains signes, qu'il était temps d'en finir et on lâchait le malade qui rentrait dans sa famille. Ces attaques se répétaient deux fois par an.

L'extrême variété de ces anomalies sexuelles pourrait prêter à la confusion, si l'on n'en établissait les liens réciproques. La classification de Magnan, basée sur l'anatomie et la physiologie, en fait bien ressortir les caractères communs. L'exposé de l'auteur vient d'être l'objet d'une communication à l'*Académie de médecine* (1), mais l'on nous saura gré d'en donner ici l'analyse.

1° Les *spinaux*, qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple; leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge.

L'idiot complet est le modèle du genre. Telle cette jeune idiote de sept ans, qui, depuis l'âge de trois ans, se livre à l'onanisme. Dès qu'elle est sur une chaise, sur un matelas ou sur un lit, elle se courbe légèrement et porte la main à ses organes génitaux qu'elle frotte incessamment. En est-elle empêchée, elle crie, pleure, se frappe

(1) Magnan, *Des anomalies, aberrations et perversions sexuelles*. Communication à l'*Acad. de méd.*, séance du 13 janvier 1885.

la tête. Quand on lui tient les mains, elle remue les jambes. Elle ne cesse que si on emploie la force ; elle ne s'arrête devant personne, si bien qu'un jour, placée sur une table, elle a continué à se masturber pendant qu'on la photographiait.

Chez les dégénérés supérieurs, l'orgasme génital peut se produire spontanément, d'une façon maladive, non seulement sans manœuvres extérieures, mais sans influence psychique d'aucune sorte. Tout se passe dans la moelle.

C'est ainsi qu'une dame de trente-cinq ans, musicienne distinguée, mais névropathe, gastralgique, mal équilibrée, est en proie depuis douze ans, par périodes de durée variable, à un éréthisme génital qu'elle parvient difficilement à calmer. Les causes morales, les approches conjugales n'exercent aucune action sur cet état.

De même pour ce névropathe de cinquante-cinq ans qui, depuis plusieurs années, est torturé par un priapisme rebelle l'obligeant à passer hors du lit une partie de ses nuits.

Pour d'autres malades, la perversion fonctionnelle du centre génito-spinal se traduit, au contraire, par une impuissance, revenant ou disparaissant à intervalles irréguliers, sans motifs appréciables.

2° *Spinaux-cérébraux postérieurs.* — Le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif, purement brutal de certains imbéciles qui, sans le moindre discernement, se livrent à la satisfaction de leurs appétits génitaux.

Les dégénérés en fournissent des exemples; au point de vue de cette impulsion spéciale, leur cerveau antérieur perd tous ses droits. C'est le cas de mademoiselle H..., âgée de quarante-cinq ans, fille d'aliénés, venue au monde avec un énorme bec de lièvre. Dès sa puberté, elle éprouve une grande satisfaction à se trouver près d'un homme; ses désirs sexuels deviennent plus impérieux à mesure qu'elle avance en âge, et à vingt-cinq ans, elle se laisse aller, de temps à autre, à des pratiques solitaires. Un peu plus tard, l'excitation génésique augmente, et il lui suffit de voir un homme, quel qu'il soit, pour être prise d'un violent orgasme génital ; le pas ou la voix d'un homme suffiraient à augmenter son malaise. Un traitement *ab homine* n'a pas eu de meilleurs résultats que l'onanisme; l'appétit sexuel est resté insatiable. Dans l'asile où elle finit par entrer, dès qu'un homme passe, elle détourne la tête pour ne pas le voir, sa présence provoquant toujours une certaine excitation.

Une dame de trente-trois ans, mère de cinq enfants, fille d'un père atteint de mélancolie, affectée elle-même de chorée et d'hystérie, éprouve, depuis dix ans, des besoins sexuels tellement impérieux par moments, qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu. Elle ose déclarer à sa mère et à ses frères qu'il lui faut des hommes, et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle.

3° *Spinaux-cérébraux antérieurs.* — Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; l'influence psychique, comme dans l'état normal, agit sur le centre médullaire, mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. Il faut ajouter que cette aber-

ration, loin d'être le résultat du vice, devient, en réalité, la conséquence de tendances maladives transmises par l'hérédité.

Une fille de vingt-neuf ans, issue d'une mère hystéro-épileptique et d'un père mélancolique, a présenté successivement plusieurs des syndromes psychopathiques de la dégénérescence. Depuis huit ans, elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs. Plus tard, quand il a grandi, et à la naissance du second frère, ce dernier est devenu l'objet de ses convoitises morbides, puis enfin le troisième, le quatrième, et actuellement c'est le dernier venu, âgé de trois ans, qui préoccupe son esprit. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. Elle a pu résister jusqu'ici à cette perversion instinctive, dont elle se montre honteuse et désolée.

Une autre malade de trente-deux ans, mère de deux enfants, est éperdument amoureuse d'un jeune écolier de treize ans. Un jour, elle en arrive à demander à la mère de l'enfant la permission de cohabiter avec lui sous prétexte de le rendre à la santé.

Une jeune dame, mère de trois enfants, intelligente, instruite, mais fille d'aliénés, après un passé de moralité et de bonne conduite, déclare un jour à son mari, sans honte pour elle, sans pitié pour lui, qu'elle éprouve un *besoin de l'âme*, qu'elle aime un jeune homme de vingt-quatre ans, et qu'elle se tuera si on met obstacle à leur intimité. Elle ne demande, dit-elle, que six mois pour satisfaire son ardente passion, s'engageant à revenir ensuite au foyer conjugal.

Chez une autre dame, hystérique, mariée depuis une dizaine d'années, vivant en bonne harmonie dans son ménage, un amour violent que rien ne justifie se reporte sur un charretier que le commerce du mari avait attiré à la maison. Elle pense à cet homme nuit et jour, et finalement, elle ne craint pas d'aller chez cet individu qui, d'abord réservé, finit par céder à ses instances. Elle reconnaît que, sous tous les rapports, son mari est supérieur à son amant, mais elle ne peut s'expliquer ce qui se passe en elle, elle ne pense qu'au dernier, elle pleure, se désole, et fait deux tentatives de suicide que l'intervention subite du mari parvient à empêcher. Elle raconte à celui-ci tout ce qu'elle éprouve, elle lui déclare qu'il n'y a qu'un remède à son mal, et le supplie d'envoyer chercher le charretier. On cède à ce désir, mais la présence de cet homme n'amenant pas le calme, on se décide à demander conseil au médecin.

Le penchant psychopathique peut, dans quelques circonstances, avoir pour objectif le même sexe à l'exclusion du sexe contraire ; l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme.

D'autres fois, l'éréthisme génital ne peut entrer en action que sous l'influence d'une idée, le plus souvent bizarre, à laquelle il faut recourir comme unique expédient (1).

L'obsession enfin peut exercer un véritable pouvoir d'arrêt sur l'acte vénérien. Un jeune homme, tourmenté par une formule cabalistique, la voit intervenir dans la plupart des actes de sa vie ; ainsi, au point de

(1) J'ai donné précédemment assez d'exemples d'*inversion* et de *perversion* génitales, pour n'avoir pas à insister.

vue spécial qui nous occupe, toute approche sexuelle lui est interdite; dès qu'il veut essayer du coït, la formule surgit dans son esprit et glace sa virilité.

4° *Cérébraux antérieurs* ou *psychiques*. — Dans ce groupe, la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux. La sollicitation est tout idéale; les désirs se maintiennent dans le domaine du platonisme le plus pur (*extatiques, érotomanes*). A cet égard, les trois faits suivants sont des plus curieux.

Il s'agit, dans un cas, d'une demoiselle âgée de quarante-sept ans aujourd'hui, qui, vers trente ans, devient triste, silencieuse, recherche la solitude, se reproche d'avoir repoussé, six ans auparavant, la demande en mariage de son fiancé « Léon. » Elle s'imagine que Léon a été tellement affecté de ne pouvoir l'épouser, qu'il a fini par attenter à ses jours. Toutes les assurances contraires restent vaines. Obsédée de cette pensée, elle n'aura de repos, dit-elle, que lorsqu'elle l'aura vu pour lui demander son pardon. Elle réclame Léon à tous les échos. Elle reste des heures entières à la fenêtre pour voir passer son fiancé; elle descend parfois dans la rue, dès trois heures du matin, et attend sur le trottoir son arrivée. Dès qu'elle aperçoit une voiture, elle accourt, invite le cocher à s'arrêter, ouvre la portière, examine les voyageurs, et après s'être assurée de son erreur, elle s'excuse, pleine de confusion, et prie de continuer la route. Quelquefois encore, elle s'élance à la suite d'un promeneur, le dépasse, le regarde attentivement et ne revient sur ses pas qu'après s'être convaincue que ce n'est pas Léon.

Ces sentiments sont tout platoniques; cette malade n'a jamais eu l'idée de relations intimes avec son fiancé ni

avec d'autres. Elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme, et jamais on n'a remarqué chez elle de dispositions à la nymphomanie.

Dans la seconde observation, c'est un tailleur, âgé de trente-deux ans, marié et père de famille, qui un jour, placé au parterre de l'Opéra-Comique, à une représentation de *Lakmé*, croit être l'objet de l'attention de mademoiselle Van Zandt. Depuis lors, il interprète dans le même sens tous les actes de la jeune artiste, dont il devient éperdûment amoureux. Mademoiselle Van Zandt fait-elle un geste en scène, c'est à lui qu'elle s'adresse. Un jour, elle part pour Hambourg ; c'est pour l'engager à la suivre. Il résiste, cette fois-là, et ne fait pas le voyage, mais plus tard, il se décide à la rejoindre à Nice et se présente chez elle.

Il est reçu par la mère de la cantatrice, qui l'éconduit ; il se trouble et se retire, balbutiant des excuses. Au bout de huit jours, il revient à Paris, très attristé, craignant d'avoir compromis sa bien-aimée. Celle-ci rentre, à son tour, plus tôt que ne l'annonçaient les journaux ; ce retour prématuré ne peut avoir d'autre cause que le désir de le revoir. Il aperçoit dans un étalage des boulevards une photographie dans laquelle l'actrice, dans son rôle de *Mignon*, est représentée en pleurs. Pourquoi pleurer, si ce n'est pour lui ?

Il s'empresse, d'ailleurs, de raconter à sa femme ce qui se passe, son ardent amour pour mademoiselle Van Zandt : « Je sais que j'ai tort, ajoute-t-il, mais c'est plus fort que moi ; du reste, il me suffit de la voir. » Ces révélations sont suivies de brouilles de ménage ; il ne se décourage pas et continue ses visites au théâtre. Il

manque deux représentations et, à la troisième, apprenant par l'affiche que l'artiste, indisposée, ne jouera pas, il se croit la cause de cette indisposition; elle ne l'a pas vu, elle ne peut pas continuer. Le lendemain, il va au théâtre : « elle joue, plus séduisante, plus aimante que jamais, dit-il; c'est donc visible, elle a besoin de moi ». La pièce finie, il court à la voiture de mademoiselle Van Zandt, pour remettre un billet. On l'arrête, et comme on trouve un revolver dans sa poche, on le soupçonne de tentative d'assassinat. Il proteste avec indignation, et fait un récit détaillé de la passion de mademoiselle Van Zandt pour lui. Il est conduit à l'asile Sainte-Anne dès le lendemain.

Dans l'aveu de son amour, le malade en spécifie bien les mobiles; c'est ainsi qu'il n'a jamais songé à abuser des sentiments si vifs qu'il a inspirés. Il n'a jamais eu d'idées charnelles à l'endroit de son adorée; il avait lu, dit-il, *Paul et Virginie*, et cet amour chaste et élevé avait pour lui le plus grand charme.

Le troisième érotomane, jeune élève des Beaux-Arts, présente, au milieu d'autres éléments obsédants ou impulsifs, un besoin assez bizarre. Il lui faut un idéal; son idéal c'est *Myrtho*, qui s'est retirée dans une étoile. Il passe de longues heures, la nuit, à sa croisée; il ne se coucherait pas avant de contempler, tous les soirs, cette étoile; il lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, lui adresse des vers. On a parfois essayé de détourner son attention, de l'accompagner dans sa chambre, de fermer les fenêtres, de l'empêcher de regarder au ciel; mais peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier

regard vers Myrtho. Il croit, dit-il, à la métempsycose.

§ IX. — En résumé, que faut-il conclure de ce long exposé de faits, sinon que le trouble pathologique s'impose, trouble profond, ayant pour cause une modification congénitale de l'individu? La forme, infiniment variable, de l'obsession ou de l'entraînement ne modifie en rien le fond même d'une maladie puisée dans l'hérédité. Qu'il s'agisse d'*onomatomanie*, d'*agoraphobie*, de *folie du doute*, d'*aberrations génitales*, de *dipsomanie*, d'*impulsions homicides* ou de toute autre tendance offrant les caractères successivement passés en revue dans ce chapitre, on n'est pas en présence d'états morbides distincts, mais de phénomènes épisodiques relevant tous de la dégénérescence.

A considérer dans leur ensemble les actes délirants instinctifs, et pour les réunir dans un groupement méthodique, on peut, avec Foville (1), les rattacher à quatre types principaux, relativement à leur mécanisme.

1° L'acte a tous les caractères d'un phénomène purement réflexe, qui se produit fatalement, sans connivence aucune de la volonté. L'impulsion est subite, inconsciente, suivie d'une exécution immédiate, sans même que l'entendement ait eu le temps d'en prendre connaissance et de délibérer pour savoir s'il faut y obéir ou non (2).

(1) A. Foville, art. *Folie instinctive*, *loc. cit.*, p. 342.

(2) C'est par un mécanisme analogue que « dans l'état morbide, décrit en Allemagne sous le nom de *Schlafftrunkenheit*, un individu étant subitement réveillé, commet des actes de violence et spécialement des assassinats. Dans certains cas, il semble sortir d'un rêve ; dans d'autres, on ne peut invoquer cette cause. Ainsi, une sentinelle endormie, réveillée par un officier de service, se précipita sur celui-ci avec son sabre et l'eût tué si les assistants ne se fussent interposés. Il résulta de l'examen médical que cette action était involontaire et la conséquence de la violente confusion mentale produite par un réveil subit, succédant à un profond sommeil. » (In *Arch. de neurologie*, p. 74, juillet 1884.)

2° La tendance, tout en restant spontanée et involontaire, peut être parfaitement perçue et devenir l'objet d'un travail intellectuel conscient. Le résultat de la délibération mentale consiste, tantôt dans le rejet de l'impulsion involontaire, tantôt dans son acceptation.

3° L'altération des penchants est ici évidente. Des besoins instinctivement vicieux s'exercent d'une manière continue, et poussent ceux qui en sont atteints à commettre certains actes dépravés ou criminels, toutes les fois qu'ils peuvent en trouver l'occasion.

4° Les actes délirants ne se montrent qu'à certaines périodes, revenant sous forme d'accès plus ou moins réguliers. Dans l'intervalle, la conduite du malade peut être normale. Ce mode de succession dans les paroxysmes se rend surtout manifeste dans la dipsomanie.

Cette analyse a le mérite de comprendre la plupart des faits, et je ne vois pas un exemple cité dans ce travail qui ne puisse y rentrer, mais elle est essentiellement épisodique. Avec Ribot (1), nous pénétrons plus avant dans l'interprétation physio-psychologique. Je retiens de son livre si intéressant, auquel je renvoie le lecteur pour les détails, le classement suivant :

A. — Affaiblissements de la volonté *par défaut* d'impulsion.

1° L'impuissance d'agir peut être absolue, comme dans les états d'*aboulie* où le *je veux* mental, le désir de faire ne se transforme pas en exécution, malgré que les organes du mouvement soient irréprochables, que l'intelligence soit intacte.

(1) Ribot, *Les maladies de la volonté*, Paris, 1885, 3e édit.

2° L'arrêt peut être partiel, et la volition simplement entravée (*agoraphobie*, *folie du doute*).

B. — Affaiblissements de la volonté *par excès* d'impulsion (*idées fixes*, *actes impulsifs*).

1° L'acte est irrésistible, à peine ou pas du tout conscient. L'impulsion se dépense tout entière au profit de l'automatisme.

2° Le désir s'accompagne d'une pleine conscience, mais après une lutte plus ou moins longue, la volonté succombe ou ne se sauve que par un secours étranger.

La classification anatomo-physiologique, proposée par Magnan pour les troubles de l'appareil génésique, est encore plus explicative ; d'ailleurs, loin de se restreindre à cet ordre de phénomènes, elle s'applique à tous les syndromes épisodiques, quelque forme qu'ils revêtent. J'en emprunte les éléments pour le tableau ci-dessous :

Mécanisme des syndromes épisodiques des héréditaires.

SPINAUX.	SPINAUX-CÉRÉBRAUX		CÉRÉBRAUX.
	POSTÉRIEURS.	ANTÉRIEURS.	
Réflexe simple, médullaire, d'autant plus vif qu'il est soustrait à l'influence cérébrale. — Acte automatique.	Réflexe cortical postérieur. — Il y a sensation, mais pas de mobile raisonné. — Acte instinctif et irrésistible.	Réflexe cortical antérieur. — Obsessions et impulsions conscientes, mais instinctives. Après délibération mentale, l'acte peut ou non se produire.	Réflexe purement psychique. — Obsessions, idées fixes, instinctives, mais ne se transformant pas en actes.

CHAPITRE V

DU DÉLIRE CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS.

Aptitude et précocité délirantes. — Cortège symptomatique spécial : le délire s'installe d'emblée sous des formes multiples (ambitieuse, mystique, mélancolique, hypochondriaque), sans tendance à l'évolution systématique ; prédominance des actes impulsifs ; marche irrégulière. — Parallèle entre cette évolution et celle du délire chronique : *Observation* XVIII. *Observation* XIX. — Forme maniaque : *Observation* XX. — Forme mélancolique : *Observation* XXI. — Folies intermittentes : *Observation* XXII. *Observation* XXIII. — Alcoolisme. — Névroses convulsives. — Paralysie générale. — Lésions cérébrales circonscrites : *Observation* XXIV.

L'état délirant que nous avons dû, jusqu'ici, attribuer aux dégénérés, a consisté surtout dans un désordre des sentiments et des actes, sans réaction apparente sur la sphère intellectuelle proprement dite. Chez eux, cependant, la folie est loin de rester dans ces limites. En raison même de leur disposition dominante, il suffit, au contraire, de la cause la plus bénigne pour que le trouble psychique arrive au plus haut degré de diffusion.

L'enfance ne les met pas à l'abri de l'atteinte. A toutes les périodes de leur existence, le germe morbide peut éclater et se traduire au dehors, sous une forme bruyante, dès l'âge le plus tendre. Aussi n'est-il pas rare de trouver la vésanie déjà installée chez des enfants de huit ou six ans. J'ai observé, dans le service de Magnan,

un cas de mélancolie avec idées de suicide, chez un jeune héréditaire de quatre ans (1).

Chez le fou dégénéré comme chez l'aliéné ordinaire, le cortège symptomatique paraît se présenter, superficiellement, dans les mêmes conditions. Dans les deux cas, la pensée et l'action sont altérées; le malade est sous le coup d'hallucinations multiples, d'illusions, de troubles de la sensibilité générale ; l'excitation se montre, aboutissant parfois au délire aigu, ou bien la dépression menant à la stupeur.

Mais leurs différences sont assez tranchées pour permettre de ne pas les confondre, et, d'ailleurs, il importe, au point de vue du pronostic, de ne pas méconnaître les caractères propres à la dégénérescence.

Ici encore, l'irrégularité va dominer la scène. Généralement, le début de l'accès est brusque. Souvent sans cause déterminante appréciable, le délire éclate, subit, presque instantané, s'exemptant de cette incubation toujours longue chez les autres malades. Les idées se mêlent, multiples, confuses, pénibles ou gaies, se succédant ou se combinant sans la moindre règle ; d'autres fois, au contraire, se fixant sur un même point, tenaces et persistantes.

Dans aucune autre forme vésanique, la manière d'être

(1) Cette aptitude délirante spéciale aux dégénérés de toute catégorie (dégénérés supérieurs ou faibles d'esprit) peut expliquer certaines situations particulières. On a décrit, par exemple, sous le nom de *folie à deux*, une variété de délire où un aliéné communique, fait adopter ses idées à une ou plusieurs personnes de son entourage. Il est certain que l'influence exercée par les conditions de milieu, par l'imitation, est tout occasionnelle et secondaire ; les fous *par contagion* se recrutent dans les rangs des héréditaires. — Il est probable qu'une partie des cas compris sous la désignation de *folies transitoire*, *instantanée*, relève aussi de la dégénérescence.

du patient ne se manifeste plus variée, la succession des phénomènes plus rapide. Le malade peut passer, sans transition aucune, de l'agitation la plus violente à la dépression la plus profonde.

De même, n'en existe-t-il pas où les impulsions, les actes violents soient plus prompts et plus automatiques, tenant moins de l'hallucination que de l'instinctivité. Parfois, des états raisonnants où l'irritabilité, l'injure, le mot brutal et grossier, l'emportement contre l'entourage, prennent la plus grande place et paraissent la conséquence non pas d'une sollicitation sensorielle, mais d'une méchanceté volontaire.

La terminaison de ces accidents est aussi imprévue que leur marche ; s'ils surviennent très vite, ils s'amendent de même et peuvent cesser au moment où l'on s'y attend le moins. Mais les rechutes ne sont jamais plus fréquentes que chez ces aliénés, les alternatives plus désespérantes ; la guérison même, toujours instable, reste sous la menace constante d'une nouvelle poussée morbide. Avant que l'apparition d'une démence, parfois précoce, ne les ait condamnés irrévocablement, ces malheureux ne quittent l'asile que pour y rentrer, souvent à court délai (1).

Entre tous ces traits spéciaux que nous venons de passer en revue, parmi tous ces signes brièvement exposés parce que nous les verrons se dérouler au courant même de

(1) Nous aurions beaucoup à dire sur la démence consécutive aux accès délirants chez les dégénérés ; si la déchéance arrive parfois très vite, on est souvent étonné de voir le niveau intellectuel résister à tous les chocs, et se remettre, en bien des cas, même après avoir paru atteint. Pour ne citer qu'un fait, on trouve dans Morel (in *Traité des mal. ment*, p. 537), l'observation d'une femme de soixante-cinq ans, reçue à Saint-Yon pour la trente-septième fois, et chose singulière, ajoute l'auteur, son intelligence, qui est très développée, ne présente aucun affaiblissement.

la description qui va suivre, il en est quelques-uns sur lesquels je crois nécessaire d'insister, car ils sont *pathognomoniques.* L'élément le plus essentiel réside dans ce fait que la marche de la folie héréditaire ne comporte aucune régularité. Le délire s'installe d'emblée sous n'importe quelle forme (ambitieuse, mystique, hypochondriaque, de persécution, etc.), sans tendance à l'évolution systématique. La prédominance du côté impulsif, les brusques alternatives, sont également caractéristiques.

S'il existait un doute sur la nature similaire de la dégénérescence qui nous occupe et du groupe des débilités mentales, il serait levé par le rapprochement entre l'état délirant que nous venons de tracer et celui qui atteint l'imbécile et le faible d'esprit; la relation est, en effet, complète et décisive.

Nous ne pouvons mieux nous rendre compte de cette physionomie irrégulière et spéciale de l'aliéné héréditaire, qu'en le mettant en parallèle avec ce *délirant chronique* dont la folie présente, au contraire, des phases absolument déterminées. Ici, le plan remplace le manque de méthode, l'allure progressive succède à l'absence de préparation.

Le délire chronique s'annonce par une période d'incubation, plus ou moins longue mais constante, et si elle passe généralement inaperçue, c'est que l'inquiétude du sujet reste encore dans des limites assez restreintes pour en imposer à un entourage inexpérimenté. Plus tard, les préoccupations pénibles s'accusent; à l'interprétation fausse, à l'illusion, s'ajoute le phénomène hallucinatoire; le délire commence à se fixer et le *persécuté* se révèle. Encore une étape, et les idées ambitieuses se font jour;

la systématisation est entière. Arrive enfin la période terminale ou de démence.

Tout est prévu dans cette marche : avant d'être mégalomane, le malade a été en butte à toutes les persécutions; avant qu'à la suite d'un trouble sensoriel ou d'une idée délirante, il ne se soit cru investi des plus hautes fonctions sociales, on ne lui a épargné aucune souffrance.

Le passage d'une période à l'autre se fait d'une façon presque insensible, des années en marquent l'intervalle, et c'est par lente gradation, que la systématisation du délire vient révéler, avec l'apparition surtout des idées ambitieuses, un état chronique irrémédiable.

Mais « s'il s'attache une gravité exceptionnelle, au point de vue du pronostic, à la constatation du délire ambitieux chez les persécutés (1) », c'est quand elle s'applique à l'aliéné ordinaire. Chez le dégénéré, en effet, l'expression des idées délirantes ne suit aucun ordre distinct; les manifestations les plus diverses peuvent apparaître, se combiner, alterner sans évolution précise. Loin d'indiquer la systématisation et la chronicité, le délire ambitieux n'a plus de caractère et peut disparaître du jour au lendemain. Sans parler d'autres signes différentiels, cette manière d'être suffirait, à elle seule, pour distinguer les aliénés de cette catégorie du persécuté classique.

Un exemple fournira la meilleure des démonstrations. L'observation que nous donnons ci-après est typique à cet égard. Le malade qui en fait l'objet a présenté des idées de persécution avec conceptions ambitieuses et mystiques ; un degré assez prononcé de systématisation s'est

(1) P.-E. Garnier, *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions*, Thèse de Paris, 1877, p. 48.

même produit, mais la marche rapide du délire, sa disparition inattendue, les phénomènes particuliers qui se sont montrés plus tard et sur lesquels je ne manquerai pas d'insister, ne permettent pas de le considérer comme un état ordinaire.

Observation XVIII. (Personnelle). — *Hérédité; disproportion d'âge des parents. Mère très nerveuse. Oncle maternel halluciné. Frère du malade halluciné et persécuté. Sœur portée à la mélancolie. — Dès l'enfance et la puberté, tendances mélancoliques. — En novembre* 1882, *syphilis. — Pas d'alcoolisme. — Délire presque subit à évolution rapide. Phases diverses : vers la fin du mois d'avril* 1883, *idées de persécution, tentative de suicide* (persécution politique). *En juin, interprétations bizarres et fantastiques* (persécution de famille). *Au mois de juillet* (persécution religieuse), *pour la première fois, les hallucinations se montrent* (d'abord voix intérieures, puis voix extérieures) ; *parfois visions lumineuses ; systématisation du délire ; craintes et idées mystiques. — Depuis le mois de septembre, disparition progressive des accidents. Paroxysmes de plus en plus rares. Hallucinations de l'ouïe unilatérales. — Au mois d'août* 1884, *deuxième accès, mais différent du premier : absence d'hallucinations; alternatives d'excitation et de dépression; tendances impulsives conscientes* (*homicide, suicide, répétition irrésistible du mot, écholalie*). — *Période d'exaltation avec idées ambitieuses. En dernier lieu, interprétations délirantes de nature mélancolique. Actuellement amélioration.*

M. V... a été durement éprouvé par des malheurs de famille ; de onze à dix-sept ans, il perd successivement sa mère et son père, ainsi qu'un jeune frère qu'il aimait particulièrement. Il en fut d'autant plus affecté que ses dispositions morales sont marquées au coin de l'hérédité pathologique. Il faut signaler d'abord une disproportion d'âge assez accusée entre les parents. Le père, d'un caractère sérieux et méthodique à l'excès, meurt, à soixante ans, d'accidents pulmonaires (?). La mère, névropathe, d'une activité fébrile, est emportée par la phthisie, à trente-huit ans. Un oncle maternel a présenté des

hallucinations qui auraient toutefois disparu à la suite d'un traitement. Un frère du malade, âgé de vingt-six ans, est atteint, depuis cinq ans, de délire chronique avec idées de persécution. Enfin une sœur de seize ans est portée à la mélancolie.

M. V... a vingt-quatre ans aujourd'hui; il exerce la profession d'avocat, après avoir obtenu quelques succès dans le courant de ses études. Actuellement d'ailleurs, il n'existe chez lui aucune trace de faiblesse intellectuelle, et ses aspirations d'esprit sont aussi hautes que fondées. Doux et timide, réservé peut-être outre mesure, on ne peut relever à son passif qu'une trop vive sensibilité. La conformation physique ne paraît pas mauvaise, en dehors d'une certaine prédominance de lymphatisme et de dispositions herpétiques.

Encore enfant, on disait déjà de M. V... qu'il était sérieux pour son âge, qu'il ne savait pas s'amuser. Cependant il ne se souvient pas d'avoir, à cette époque, recherché l'isolement. C'est plus tard, vers l'âge de quatorze ans, que les tendances mélancoliques commencèrent à s'accuser. Dès lors, elles ne feront que s'accentuer. Tout d'abord, il évite ses amis et se tient à l'écart de leurs distractions. Pendant cette phase de concentration, des phénomènes plus caractéristiques sont à noter. Un jour, il se figure entendre la voix d'un camarade qui l'appelle à son secours. Une autre fois, au lit de mort de son jeune frère, il lui semble qu'une image de Jésus, accrochée au mur de la chambre, lui adresse des encouragements. A partir de dix-huit ans, les périodes de tristesse se caractérisent. Par moments il fuit la société, se retire et s'enferme dans son appartement, dans une véritable réclusion durant plusieurs heures ; ses réflexions sont affligeantes, ses pensées pénibles, il se sent découragé et impuissant dans la lutte pour la vie.

Ces accès vont se succéder, à intervalles peu réguliers il est vrai, jusqu'à l'époque où la maladie se confirme dans un sens plus précis. En novembre 1882, M. V... contracte la syphilis et suit avec succès un traitement spécifique. Il prépare au même moment un concours : d'où exagération de travail et surmenage intellectuel. Mais nous voici arrivés au mois d'avril 1883. C'est la date d'apparition des manifestations délirantes proprement dites. Ici nous laisserons parler le malade lui-même :

« Je venais de passer le mois d'avril 1883 à S. de C..., où, pendant les loisirs que je prenais sur mes études pour la promenade, je me trouvais exposé à de fréquentes insolations d'autant plus pénibles pour moi que j'avais quitté le pays depuis nombre d'années. J'étais donc, depuis quelque temps, dans un état assez notable de dépression physique et morale quand, vers la fin d'avril, les premières manifestations maladives se montrèrent, sur le vapeur qui me conduisait à la Havane.

Première période : persécution politique. — Un de mes oncles avait mené, quelques mois auparavant, une campagne de propagande autonomiste dans l'île de Cuba, à la fois réveillant l'enthousiasme de nos compatriotes et suscitant contre lui l'hostilité des Espagnols. Il avait même couru de sérieux dangers. Par association d'idées, il me vient à l'esprit la crainte que le capitaine du bateau, assisté de plusieurs officiers espagnols, ne songe à se venger sur moi de la conduite de mon oncle que j'approuvais de toute mon âme, et à faire disparaître ainsi un futur défenseur de la cause cubaine. Cette appréhension me procura d'horribles heures. Toujours éveillé, constamment en garde contre tout ce qui m'entourait, l'obsession devenait chaque jour plus forte.

Au premier port de passage, je crois comprendre que, sous prétexte d'un bal, on doit amener, sur le bateau, des jeunes filles pour m'attirer plus tard à la ville et me tuer ensuite secrètement. La nuit se passa pour moi sans sommeil. Vers le matin, je demande s'il n'y a pas en rade quelque bâtiment étranger, espérant pouvoir m'y réfugier. La réponse est négative, et je reste toute la journée dans le même état d'inquiétude et d'alerte.

A cinq heures du soir, nous arrivons à I..., port extrêmement laid et sale, habité seulement par des gardes militaires. Dès notre arrivée, je vois monter sur le vapeur une multitude d'officiers et de soldats dont je remarquai la physionomie peu agréable. Me figurant que c'est à moi qu'ils ont affaire, je n'attends plus, et, sans chapeau et sans bagages, je descends dans une barque. Je m'y rencontrai avec deux officiers espagnols. Pour le coup, je me crois pri-

sonnier et conduit à la mort. Un instant, j'eus l'idée de me jeter à la mer; mais nous approchions du quai, je me décidai à aller jusqu'au bout. J'avais dans ma poche un pistolet chargé, qui, d'ailleurs, me rassurait médiocrement. Je me souviens qu'en débarquant, quelqu'un me demanda : « Où allez-vous? » et que je répondis comme un prisonnier : « Où vous voudrez ! »

La ville où je me trouvais est affreuse d'aspect; comme c'est un port militaire, tout le monde porte des armes. De mon côté, j'avais abandonné tout espoir de me tirer d'embarras. J'étais dans une situation de tristesse impossible à décrire, dans une alarme cruelle, redoutant à chaque pas quelque attaque imprévue. Pendant le dîner, je liai cependant connaissance avec plusieurs gardes qui m'invitèrent à sortir pour une promenade dans les environs de la ville. Je ne refusai pas et tout alla bien d'abord, mais à un moment donné, je suppose, à quelques paroles échangées entre mes compagnons, que l'instant de me tuer est arrivé. Je ne pouvais pas me défendre contre plusieurs personnes, n'ayant qu'une balle dans mon pistolet; aussi je fis feu sur moi, ne pensant pas avoir d'autre moyen de me délivrer des supplices que j'entrevoyais.

La blessure n'était pas grave et je ne perdis pas connaissance en tombant; j'entendais tout ce qui se disait autour de moi, et je continuais à l'interpréter dans le même sens pénible. Il en fut de même à l'hôtel où l'on me transporta. Je ne dormis pas de la nuit, appréhendant toujours qu'on ne se débarrassât de moi pendant mon sommeil. J'attendais les assassins d'un instant à l'autre, et comme on dut m'habiller pour me changer de logement, je me figurai que c'était pour me conduire à l'échafaud. J'eus alors une violente crise d'excitation qui se termina par des pleurs et une prostration notable. Vers le soir, on m'annonça l'arrivée d'un de mes oncles. Cette nouvelle me donna tout d'abord un peu de courage, mais je recommençai bientôt à trembler pour mon oncle et pour moi à la fois. Je refusai ce jour-là une tasse de bouillon, par crainte d'empoisonnement.

Au quatrième jour de mon accident, nous partîmes pour C. de A... Je ressentais une faiblesse extrême. L'inquiétude

n'était pas moins grande, et pendant les deux heures que dura la route, je restai convaincu qu'on nous tuerait avant d'arriver. Cependant, ma blessure me faisait terriblement souffrir. La balle avait pénétré de bas en haut par le plancher de la bouche, mais sans produire de désordres bien graves, car elle s'était encastrée sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, au niveau des première et deuxième molaires gauches qu'elle avait fait sauter. Un médecin opéra l'extraction de la balle, et j'entrai en convalescence. Elle fut longue et pénible. Je redoutais la mort, tous les jours. Quand j'entendais la musique militaire qui jouait le dimanche devant notre maison, il me paraissait qu'on venait me prendre pour me fusiller.

Quelque temps après, mon frère arriva avec un autre de mes oncles. J'étais guéri de ma blessure, et nous décidâmes notre départ pour S. de C... Pendant le voyage, persistance de mes appréhensions, mais l'idée que nous étions quatre pour nous défendre me tranquillisait un peu. Rentré dans ma famille, les interprétations délirantes disparurent même partiellement, cependant elles ne tardèrent pas à se renouveler. Je m'attendais sans cesse à être attaqué et je songeais à soutenir chez nous un véritable siège. Je désirais ardemment m'éloigner au plus tôt, et dix jours après je m'embarquai pour l'Europe.

La maladie durait depuis un mois environ. En montant sur le bateau, je remarquai la présence de militaires. Cet incident suffit pour me troubler; je pensai aussitôt que le capitaine avait été payé pour nous faire disparaître au cours de la traversée. Il n'y avait à bord, avec mes parents et moi, qu'un seul passager. La première nuit fut terrible. Le roulis était affreux, et je me disais que le mal de mer, dont nous éprouvions les effets, résultait des machinations de nos ennemis pour venir à bout de nous plus facilement. Ces craintes persistèrent deux ou trois jours encore. Puis l'interprétation changea de caractère : « Le capitaine et les matelots ne voulaient pas me nuire, mais comme ils étaient au courant de ce qui m'était précédemment arrivé, ils avaient cherché à se moquer de moi. » Dans cette conviction, je ne fis plus cas de ce qui pouvait se passer dans mon entourage ; j'opposai

à tout ce qu'il me semblait voir d'extraordinaire une indifférence complète. Cependant, à plusieurs reprises, j'eus de nouveau l'idée que la persécution était réelle ; mais le plus souvent, j'en arrivais à considérer l'attention continuelle dont je croyais être l'objet, comme un jeu et non comme une chose sérieuse.

Cette espèce d'accalmie marque la transition entre la première et la deuxième période que j'appellerai :

Deuxième période : persécution de ma famille. — Nous étions descendus à terre, pour deux jours, dans un port de passage. Dès la première nuit, surgit, à l'état d'obsession, cette pensée que j'ai des devoirs à remplir envers ma famille et la société. C'était assez logique, mais la nature de ces devoirs l'est beaucoup moins : je me figure dans l'obligation de me marier avec une jeune personne pour laquelle, je me hâte de le dire, je ne pouvais éprouver qu'un amour fraternel. Cette personne, que je désignerai sous le nom de « ma sœur » dans le courant du récit, faisait le voyage avec nous. Le premier soir, au moment du repas, j'observe à part moi qu'on laisse une chaise libre à côté d'elle, et comme je ne bouge pas de ma place, je crois entendre mon oncle et ma tante échanger des mots significatifs sur ma retenue. Je fus anxieux toute la nuit.

Le jour suivant, l'interprétation se caractérise. Mon oncle commence à me parler au moyen de *symboles;* il s'est entendu avec toutes les personnes de l'hôtel, et même avec les passants de la rue, pour soutenir avec moi des conversations par signes. L'illusion est complète ; je cherche à saisir ce langage et, n'y parvenant pas toujours, j'interpelle une fois mon oncle et l'invite à s'expliquer plus clairement. Il me répond que nous causerons de cela à l'arrivée. Pour ma part, je ne comprends qu'une chose, c'est qu'on veut me tracer la conduite qui doit me pousser au mariage. Sur le bateau, tout le monde continue à s'entretenir de moi ; sourires, petits mots, moqueries, tout s'adresse à ma situation de « fiancé de ma sœur. » C'était un état fort pénible.

En débarquant à Saint-Th..., je m'éloigne rapidement de l'hôtel où nous étions descendus, et je parcours, sans but aucun, mais toujours obsédé, la campagne environnante. Je

marchai pendant plus de deux heures, en plein midi, à la recherche d'un dérivatif quelconque. Vaine tentative ! Je voyais de tous côtés les symboles qui servaient de langage à mon oncle. Arbres, voitures, familles heureuses, riantes images de la campagne, etc., tels étaient les emblèmes du mariage. Mais d'un autre côté, et contradictoirement, j'apercevais des tableaux horribles, des nègres et autres marques de mauvais augure. Toujours irrésolu et tourmenté, je rentrai à l'hôtel, et il fallut l'intervention de mon oncle pour me décider à me présenter devant ma famille. Mes parents me parurent tous terriblement sérieux, tristes et souffrants. En sortant après le dîner pour la promenade, je me figurai que toute la ville était prévenue, et j'étais émerveillé de la façon dont on me parlait par signes. Je m'étonnais plus encore de voir auprès de moi un petit cousin, enfant de dix ans, *symboliser* étonnamment, sous la direction de mon oncle. Je me reconnaissais tout à fait incapable de cela. Quant à moi, toutes les fois que je demandais à mon oncle de s'expliquer plus nettement, sa phrase « Nous en causerons à l'arrivée » était son unique réponse. Et par là je traduisais : Qu'attends-tu donc pour changer d'attitude ? Ce n'est pas avec moi qu'il faut converser, mais avec ta fiancée !

Les impressions de la nuit surtout furent épouvantables. Mon oncle et moi nous occupions la même pièce. Comme je le savais homme très énergique, je m'attendais à un éclat de sa part. Je finis par me coucher, mais il me fut impossible de dormir. L'interprétation prenait une forme de plus en plus pénible. Sur le lit de mon oncle tombait, par la fenêtre entr'ouverte, un rayon de lune. Quand il souffla la bougie, il me vint à l'idée qu'il ne me restait à vivre que le temps pendant lequel le rayon de lune brillerait sur son lit. C'était le répit qu'il me donnait. Le rayon diminuait graduellement. Je tremblais de frayeur, mais j'étais décidé à tout avant de faire le malheur de ma sœur, par une union inqualifiable. Vers minuit, la lune disparut. Je suppliai mon oncle de rallumer la bougie, comme pour lui demander quelques minutes encore d'existence et en profiter pour résoudre ma situation. Il m'écouta quelques instants, mais il ne tarda pas à éteindre de nouveau la lumière, L'obscurité ne fut pas cependant complète, car je revis le

rayon de lune. Je me dis que mon oncle avait pitié de moi et m'accordait un délai. Mais je voulais savoir comment il pouvait gouverner la lune. Je quittai mon lit pour aller à la fenêtre, et j'en revins convaincu qu'elle était disposée convenablement pour *faire parler* le rayon lumineux. Je n'avais plus qu'à mourir, ne trouvant pas d'autre solution. Je me souviens d'être alors tombé dans un grand état d'excitation, s'accompagnant de larmes et de gémissements sans fin.

Un médecin fut appelé. La scène qui suivit devint vraiment dramatique et le mouvement de mon esprit très original et très curieux. Je me figurai que mon oncle avait revêtu une double personnalité : d'un côté, lui, représentant ma famille, de l'autre, le médecin, mais ce dernier symbolisant mon oncle converti en juge et qui allait guérir par la mort ma maladie morale. Le médecin avait adopté le français comme langage, mon oncle s'entretenait avec moi en espagnol. Comme assistant, un garçon de l'hôtel que je m'imaginais être le bourreau. J'entendais, rompant seul le silence de la nuit, le bruit monotone des vagues dont l'impression représentait, à mon oreille, comme le murmure d'un liquide que mon oncle faisait tomber continuellement, pour exprimer la persistance de mon horreur pour le mariage. Toutes les fois que je voulais parler de ma sœur à mon oncle, il me répondait : « Je ne comprends pas ce langage », et se retirait.

Je me trouvais alors en présence du médecin, « du juge », qui, mesurant chacun de ses mots, concluait toujours par : « Il faudra voir ! » Ce manège dura une demi-heure environ. Après quoi, le médecin voulut me faire prendre une potion. Je crus qu'on allait se débarrasser de moi en m'empoisonnant. Je me mis à fondre en larmes ; mais mon oncle finit par me rassurer un peu ; j'avalai, quoique en tremblant, le contenu de la tasse qu'il me présenta, et je dormis jusqu'au matin.

Le lendemain et les jours suivants, les mêmes interprétations se reproduisent. Nous nous embarquons définitivement pour l'Europe ; pendant les vingt jours de traversée, ma situation fut des plus douloureuses. Sur le paquebot, on ne parlait que de moi, on me tournait en ridicule. Je trans-

formais les moindres gestes en présages menaçants. Je crus, un moment, que mon oncle voulait se battre avec moi. Dans les derniers jours du voyage, ces préoccupations me devinrent tellement insupportables que, par deux fois, je suppliai mon oncle d'ôter de mon cerveau « sa prison de fer. »

Nous arrivons enfin à S... Ici la maladie entre dans une phase nouvelle.

Troisième période : Persécution religieuse. — Jusqu'à cette époque, j'avais interprété les actes ou les paroles de mon entourage, sans les rattacher, au moins au début, à un système précis. J'acceptais tout sans explication, quand un jour je commence à penser que mon oncle pourrait bien être un magicien, qu'il a évoqué Satan pour tenir mieux sa vengeance, ou qu'il est au moins en rapport avec quelque esprit extraordinaire. Dès lors, je fais tout dépendre de sa situation, et je m'explique la puissance que je lui prête.

Peu de temps après, un matin, à la suite d'une nuit d'insomnie, je perçois, *pour la première fois*, une *voix* très distincte dans le cerveau, mais sans timbre fixe. Je saute du lit complètement émerveillé, et j'entends la voix me dire qu'elle était produite par mon oncle, comme un effet de son pouvoir, qu'il s'était donné à Satan et que sa souveraineté avait vaincu celle de Dieu. Le Dieu de la justice devait céder la place au Dieu de la vengeance. Je me souviens que cette révélation me fit entrer dans bien des conjectures; mes idées n'étaient peut-être pas bien nettes, cependant la pensée dominante me représentait mon oncle comme *Dieu* qui allait se venger sur moi au nom de la famille. « Pourquoi cette vengeance? » demandai-je plusieurs fois à la voix. — « Telle est ma volonté », voilà sa réponse invariable.

Depuis, je m'entretins souvent avec mon oncle par la voix intérieure, mais il y eut un peu de confusion dans les questions et les réponses. Une fois, je l'interrogeai sur le secret de son triomphe; nous entrâmes dans une longue discussion; il finit par m'avouer que j'avais une trop grande intelligence, qu'il ne voulait plus discourir avec moi parce que je pourrais le vaincre et devenir Dieu à mon tour. Dans une autre circonstance, il m'apprit que j'étais Dieu moi-même. Je lui objectai que je n'avais pas le pouvoir physique d'accomplir

des choses extraordinaires; il se moqua alors de moi, ajoutant que je ne serais jamais Dieu, qu'il était le seul Dieu de vengeance.

La crainte, de voir ma famille dans de mauvaises dispositions à mon égard, me prend de nouveau. La voix me révèle même les moyens qui vont être employés : nous devions rester, mon oncle et moi, éternellement vivants, mais mon existence était toujours entre ses mains. Pour lui, il pouvait tout, gouvernait tout. Ma souffrance serait une chose inouïe, épouvantable. Il me rendrait invisible, et personne ne saurait jamais rien de ce que je subirais; etc.

Dans le courant de la journée, je remarquai comme une preuve matérielle de sa puissance. Mon petit cousin venait de se lever de la table d'un café où il était assis à côté de mon oncle; il s'était rapproché de la porte pour sortir, lorsque, au même moment, je le retrouvai installé à la place qu'il venait de quitter.

La nuit, mes idées prennent un autre cours. Je me figure que je suis mort, et que la vengeance de mon oncle s'exerce sur moi en me jetant dans les supplices du purgatoire ou de l'enfer. Du reste, toutes mes impressions de voyage, si torturantes et si extraordinaires, font partie des douleurs que j'ai à subir. A bord, j'avais pour domestique un nègre dont le service consistait à ne pas me quitter; je crois que c'est le démon qui accompagne les condamnés.

La voix intérieure est maintenant celle de Satan lui-même qui m'apprend qu'il faut commencer à souffrir. — Une autre fois, j'entends dans l'escalier les pas de mes assassins; je me prépare à mourir. Je passe la nuit à me voir en enfer. J'éprouve des sensations lumineuses pénibles.

Cependant, au matin, je me dis qu'il y aurait peut-être moyen de me délivrer de Satan, en invoquant Dieu. Alors une voix d'un timbre indéfinissable, que je me représentai comme venant du ciel, *frappe mon oreille* et m'exhorte à prendre la croix et à suivre Jésus-Christ. Je tombe à genoux en pleurant et ne crains déjà plus l'enfer. Je suis maintenant un saint et Dieu m'appelle à faire partie de son Église. C'était le jour où je prenais, après le débarquement, le train pour M...

Durant le trajet, je continue à entendre la voix céleste.

Mais déjà je suis plus qu'un saint; je suis le Christ qui revient en personne sur la terre. J'eus comme une révélation complète des mystères divins. La voix de Satan se faisait encore entendre, mais elle était vaincue par la voix de Dieu.

En arrivant à M..., la persécution démoniaque se traduit sous une autre forme : je me représente mes parents m'attendant pour me tuer et exécuter ainsi la vengeance de ma famille. Confiant dans mon pouvoir divin, mes craintes ne sont pas très vives; je me rassure en invoquant à plusieurs reprises la voix de Dieu pour être bien certain qu'elle ne m'a pas abandonné.

Dans les premiers temps de mon arrivée, je fus obsédé par les mêmes craintes (persistance des interprétations et des voix; quelques hallucinations de la vue : ce sont des lueurs, comme des étoiles qui passent devant mes yeux). Un jour enfin, je prends à partie mon oncle et lui demande sérieusement de m'exprimer sa volonté formelle, relativement à notre affaire de famille. Alors il me démontra qu'il n'existait aucune affaire, qu'au lieu d'avoir des ennemis, tout le monde m'aimait, et qu'en réalité j'étais sous le coup d'une maladie nerveuse. Ces paroles, venant d'une personne en qui j'avais confiance, me rendirent un peu de calme, mais entendant toujours la voix divine, je m'adonnai aux lectures religieuses et m'affermis dans l'idée de me destiner à la prêtrise. Sur ces entrefaites, mes oncles me conseillèrent d'aller à Paris me soumettre à un traitement médical. Je m'y décidai, quoique, dans mon for intérieur, j'eusse la certitude de n'être point malade. J'étais convaincu d'avoir été appelé par Dieu à la vie religieuse et j'avais pris en moi la résolution de m'y consacrer. Cependant je me demandais parfois si je n'étais pas l'Antechrist.

Dès mon arrivée à Paris, je vois un médecin de mes amis qui, après avoir écouté mon histoire, me remet un ouvrage sur les maladies mentales, et me fait lire particulièrement ce qui a trait au délire de persécution, à la lypémanie religieuse, aux hallucinations, etc. Il m'explique ensuite les relations qui existent entre ces maladies et les phénomènes que j'ai présentés. Tout cela me surprit beaucoup et me fit réfléchir. Mais je persistai dans mes croyances personnelles, me disant qu'on avait peut-être enfermé dans des maisons de santé,

comme malades, des personnes inspirées par Dieu. Je me lançai dans des théories sur l'harmonie possible des manifestations physiques et morales, imaginant que les pensées religieuses pouvaient se traduire matériellement par des lésions cérébrales, sans être pour cela de vraies maladies. En somme, je repoussai énergiquement l'idée de délaisser la religion; mais la lecture faite chez mon ami, pour n'avoir pas produit un grand effet, avait au moins suscité des doutes. J'acceptai même un traitement hydrothérapique et le séjour à la campagne (septembre 1883).

Il est vrai que c'était surtout, dans mon esprit, pour pouvoir m'adonner plus librement aux méditations pieuses. Aussi, mon installation faite, je me livrai à la prière matin et soir, consacrant mes journées à l'étude de différents ouvrages de religion.

Les mêmes interprétations continuent; les voix se font toujours entendre. Je constate cependant qu'elles diminuent peu à peu d'intensité et de fréquence. Mais je rapporte ce résultat à l'ordre et à la sévérité de ma vie presque monacale; j'espère que, grâce à elle, l'obsession démoniaque finira par disparaître tout à fait.

Parfois, je dois le dire, des doutes sur la religion surviennent; ils me troublent beaucoup et je les chasse vite. Je reste persuadé que, pour redevenir tranquille, il me faut accomplir rigoureusement toutes les prescriptions de l'Église. Je lisais toujours passionnément et remarquais chez moi des moments de rêverie extatique, qui dans certaines occasions me faisaient pleurer de bonheur. D'autres fois, au contraire, je me sentais complètement dominé par Satan, mais j'avais la confiance qu'il ne pourrait bientôt plus rien contre l'élu de Dieu.

Dès la seconde moitié de septembre, il s'opère une transformation dans mes idées. Je commence à m'interroger sur la réalité de ma vocation sacerdotale; je me demande parfois si je ne suis pas vraiment malade, et s'il ne serait pas imprudent d'embrasser la carrière de prêtre sans la certitude absolue d'avoir un mandat divin. On pouvait, ajoutai-je, se rendre utile à la cause de l'Église de diverses manières. Alors, mes lectures ne sont plus exclusivement religieuses; je consulte des

ouvrages de littérature, d'économie politique, mais toujours dans la conviction que je travaille pour le culte de Jésus-Christ.

Encore une transformation, dans le mois d'octobre. Mais, cette fois, c'est une rechute. Je pense que mes tendances à abandonner le sacerdoce sont des formes de tentations envoyées par Satan. Les voix sont plus pressantes, les interprétations plus vives. Je suis tourmenté, anxieux. C'est la période où, durant le traitement, la maladie a présenté le plus d'acuité. Pendant plusieurs jours, j'ai été obsédé par l'idée de fuir, de reprendre ma liberté d'action, d'aller me cacher dans un lieu ignoré de tous. Je voulais me consacrer au jeûne et à la prière. J'avais formé le projet de partir pour Lourdes, de revêtir des habits de pèlerin et, une grosse chaîne aux jambes, de faire à pied les voyages de Rome et de Jérusalem.

Cependant, malgré mon agitation, ma confiance en Dieu n'était plus aussi grande. Je m'occupais déjà des préparatifs de mon départ, quand un jour, en lisant les Évangiles, j'y remarque une frappante contradiction. Continuant ma lecture, je viens à en surprendre beaucoup d'autres. Engagé dans cette voie, et encouragé par le désir de me débarrasser de mes obsessions mystiques, je remplace les prières et les livres de religion par des ouvrages de Renan et de Spinosa. Dès lors, toutes mes idées se métamorphosent. Ma maladie devenant pour moi une certitude, tous mes efforts vont tendre à en obtenir la guérison. Je cherche partout des arguments contre les livres sacrés, je raisonne la production de mes voix imaginaires (unique fondement de ma foi).

Ces changements successifs avaient commencé à s'opérer, dans la deuxième quinzaine d'octobre. Ils se sont caractérisés depuis. Les interprétations et les voix ne reviennent plus qu'à de rares intervalles et ne me font plus aucune impression. Deux ou trois fois cependant, dans les premiers jours de novembre, j'ai éprouvé des craintes vagues sur mon indifférence religieuse. Mais l'amélioration a repris le dessus. J'ai encore remarqué dans ces derniers temps deux rechutes, quoique peu intenses et de courte durée. Le soir notamment, il survient quelques mouvements d'interprétation ; il est vrai que, si j'entends des voix, je me rends un compte exact

de leur nature; je sais que ce sont des hallucinations, et j'envisage tous ces phénomènes avec tranquillité, sans aucune inclination pieuse. J'ai, en somme, une conscience plus nette de la vie. »

Ce qui doit frapper le plus, dans cette véritable odyssée pathologique, en dehors du caractère original et presque fantastique des idées, c'est la succession si rapide des troubles morbides. Le délire éclate presque brusquement; quelques mois suffisent à le faire évoluer avec une rapidité remarquable. Phase mélancolique, période de persécution, phase mystique, étapes que le délirant chronique ordinaire met des années à parcourir, d'une façon pour ainsi dire insensible, notre malade les a successivement franchies, d'avril à juillet, dans un intervalle de quatre mois.

La disparition d'idées ambitieuses systématisées n'est pas moins curieuse. On sait que chez le persécuté, dans de semblables conditions, la réparation est impossible.

Mais ici, nous nous trouvons en présence d'un état spécial, nous sommes sur un terrain de choix aussi apte à faire éclore le délire qu'à s'en débarrasser. Du reste, si M. V... est en bonne voie, si son délire s'est amendé, il n'en conserve pas moins une grande tendance à la tristesse et aux fausses interprétations. Le fait le plus insignifiant devient pour lui chose extraordinaire. Parfois il passe des heures entières sous l'empire de préoccupations absorbantes, « en proie au *spleen* » pour employer son expression. Enfin des hallucinations, dont le caractère subjectif est d'ailleurs apprécié par le malade, se montrent encore; dans ces derniers jours, il a entendu, par *l'oreille droite*, la voix de Satan qui lui intimait l'ordre de descendre.

De novembre 1883 au mois de mai 1884, les phénomènes précités s'amendent peu à peu et M. V... finit par se trouver en rémission complète. Il fait alors un voyage de plusieurs mois, dans de bonnes conditions de santé; mais rentré à Paris, il ne tarde pas à être repris d'accidents mélancoliques.

Cette observation a présenté jusqu'ici un grand intérêt; elle n'en offre pas moins dans ce qui va suivre. Bien différent du premier, ce deuxième accès ne rappelle plus, même de loin, le délire chronique. Les idées de persécution, les hallucinations ne sont plus en cause. Les tendances dépressives dominent toujours, mais toute trace de système a disparu.

En général, on constate un manque absolu d'initiative, l'impossibilité de prendre une décision quelconque, parfois même l'incapacité de penser. La volonté paraît comme anéantie : c'est ainsi que le malade resterait couché des journées entières, qu'il n'a jamais pu se résoudre à aller chercher une pièce qui lui serait nécessaire pour toucher des arrérages, etc. Cet abandon de lui-même s'accompagne d'idées mélancoliques et hypochondriaques : « Il ne guérira jamais, il est atteint de folie circulaire, il deviendra et finira paralytique général, etc. » Il s'observe, se scrute, se tâte ; la présence d'un bouton sur son corps constitue un signe très fâcheux.

D'ailleurs, les alternatives sont fréquentes ; il est possible de le convaincre du mal fondé de ses préoccupations, et, quand on s'y attend le moins, on le voit reprendre une tenue normale. Alors il est calme ; il retrouve sa liberté d'esprit, renaît à l'espérance ; mais ces moments fugitifs ne durent pas.

Au mois de novembre 1884, après une période de prostration poussée par intervalles, jusqu'au mutisme, il est pris tout à coup d'excitation : il déchire ses vêtements, son linge, ses couvertures ; il se barbouille la figure d'encre, ne veut plus écouter personne. Le lendemain matin, je le trouve dans sa chambre, affublé de moustaches et d'une barbe postiches, étendu sur ses matelas, les mains jointes, dans l'attitude que les journaux illustrés de l'époque donnaient au comte de Chambord sur son lit mortuaire. Il ne répond à aucune des questions que je lui pose, mais il me prie de faire monter le surveillant à qui il remet la lettre que je reproduis :

« Monsieur, vous ne savez pas encore que j'ai reçu une communication par laquelle on me fait connaître ma vraie origine. Je suis, sans aucun doute, l'héritier légitime de la race des Bourbons et par conséquent du trône de France. Je suis le fils de Louis XVI, enfermé au Temple pendant la Révolution et qu'on a supposé mort. C'est moi qui suis ce prince ; on m'a transporté à Cuba pour tromper tout le monde, mais je ne suis pas Cubain. Vous comprenez que je ne tarderai pas à monter sur le trône, et qu'on finira par reconnaître mes droits. Je vous saurai gré de communiquer cette nouvelle *urbi et orbi*, et de faire annoncer en même temps que je ferai fusiller tous les républicains. C'est tout ce que j'ai à vous dire. L'établissement sera détruit ; je bâtirai sur son emplacement un château et un chalet pour y loger mes maîtresses. Je vous permettrai de venir visiter le parc, dès que les travaux seront terminés. Gardez-vous bien d'être républicain, il y va de votre tête. Souvenirs affectueux de votre prince Charles-Louis, fils de Louis XVI et

héritier de la couronne de France. — *Signé :* CHARLES-LOUIS. »

Nous voilà donc en présence d'un délire ambitieux systématisé, survenu sans préparation d'aucune sorte. Il est certain que, si nous avions affaire à un délirant chronique, ce document serait d'un pronostic défavorable ; nous ne saurions espérer voir le malade se dépouiller de sa personnalité imaginaire ; malgré toutes les démonstrations contraires, il serait et resterait fils de Louis XVI, circonstance dont il ferait découler les persécutions qui l'auraient atteint. Le caractère de chronicité s'établirait d'autant mieux, que c'est par le travail intellectuel et non sous l'influence de troubles sensoriaux que se sont développées ces idées nouvelles. Mais si la ténacité concerne le persécuté ordinaire, tel n'est point le cas de M. V... Son délire est tellement éphémère, qu'il suffira de nos sollicitations pour le faire disparaître, quelques heures après.

M. V..., avons-nous dit, n'accuse pas d'hallucinations ; il ne présente pas davantage d'idées de persécution proprement dites. Cependant, il se trouve parfois sujet à des illusions qui l'entraînent à quelques interprétations délirantes. Un jour, il écrit à sa famille pour qu'on vienne le retirer d'un établissement où l'on fait souffrir les malades ; les médecins exécutent et disent des « choses rares » dans le but de les tourmenter. Il entend par *choses rares*, le fait, dans la conversation par exemple, de tronquer un mot, de prononcer les phrases d'une certaine façon, pour dérouter les auditeurs ; ou bien, dans la série des actes, la manière de prendre ou de tenir certains objets. Ce sont, dit-il, des épreuves auxquelles on soumet les malades et

qu'on a tort de pratiquer, parce qu'elles deviennent très pénibles pour eux.

En somme, la caractéristique de tous ces troubles réside dans leur fugacité, leur rémittence, l'irrégularité de leur apparition. Mais cet état mobile et variable se greffe sur un fond qui n'est pas moins pathognomonique. Je veux parler de l'élément impulsif, très développé, et dont la forme et les paroxysmes peuvent devenir redoutables.

Parfois, ce sont des tendances peu dangereuses, mais, en tout cas, irrésistibles. M. V... est invinciblement poussé à répéter certains mots : « Mon Dieu! — carâco! » qu'il redit, sans savoir pourquoi, pendant plusieurs minutes de suite. Après avoir entendu un chien aboyer, il se sent porté à le contrefaire.

Ou bien, apparaît l'obsession simple : j'ai trouvé, à maintes reprises, M. V... préoccupé, sans motifs, de la pensée qu'il a pu faire de la peine à quelqu'un, qu'il s'est mal conduit dans certaines circonstances.

L'instinctivité se traduit souvent par des impulsions violentes dirigées contre lui-même ou contre son entourage. En bateau, il doit éviter de se tenir sur le pont, de peur d'éprouver la tentation de se jeter à la Seine. Il ne monte plus sur l'impériale des omnibus, des wagons de chemin de fer, pour n'avoir pas à combattre le besoin d'en dégringoler. D'autres fois, il est sollicité par l'idée de se précipiter contre la personne qu'il voit, contre l'animal ou l'obstacle qui se trouvent devant lui, de grimper sur un arbre pour se laisser tomber ensuite, de rouler du haut d'un escalier, de se tirer un coup de revolver, d'avaler sa langue, etc. Heureusement que, conscient de son état, il lutte contre ces désirs instinctifs, demandant même à être

surveillé de près quand il craint de succomber dans sa résistance. En somme, les actes violents se sont réduits, jusqu'ici, à quelques faits de peu de gravité, tels, par exemple que ceux de briser entre ses doigts de menus objets, de lancer un chandelier dans les vitres de sa fenêtre. Circonstance à signaler, et qui se reproduit d'ailleurs chez tous les impulsifs de ce genre : le malade se sent soulagé dès que l'action est commise.

Pour ne rien omettre de cette situation pathologique, je tiens à insister sur l'opposition frappante qui existe entre l'état mental actuel et celui que M. V... présentait au début, lors de son premier accès. A ne considérer spécialement que les tendances au suicide, comment ne pas établir la différence qui distinguerait (au point de vue du mécanisme) sa première tentative, résultat d'une idée délirante, de celle qu'il pourrait commettre automatiquement, sous l'influence de l'élément impulsif?

Après avoir fait remarquer qu'autant le délirant chronique se montre rebelle à toute démarche dirigée contre ses fausses interprétations, autant M. V... est facile à convaincre, j'aurai noté toutes les particularités inhérentes à deux individualités morbides qu'on ne saurait assimiler sous peine d'erreur.

J'aurai complété cette observation si intéressante, en ajoutant que M. V... se retrouve aujourd'hui dans de meilleures conditions, et qu'on peut espérer, malgré quelques alternatives, voir bientôt survenir une nouvelle rémission.

Nous ne retrouvons pas, chez le malade qui fait le sujet de l'observation suivante, des caractères aussi tran-

chés que dans le cas précédent, mais il représente un type similaire, quoique moins accusé.

Observation XIX. (Personnelle.) — *Hérédité double : mère névropathe. Oncle paternel aliéné. — Signes physiques et intellectuels de dégénérescence. — Modifications dans le caractère dès l'enfance, plus appréciables à la puberté. — Délire multiple : ambitieux, mystique, de persécution. Pas de tendance à la systématisation. Hallucinations de l'ouïe. Impulsions violentes et instinctives. — Pas d'alcoolisme.*

M. A..., vingt-quatre ans, a certainement puisé dans l'hérédité sa disposition vésanique, quoique, superficiellement, les antécédents de famille puissent paraître atténués. Le père, qui occupe une assez haute situation dans la magistrature, est un homme froid, peu communicatif, s'absorbant dans ses fonctions. La mère, très nerveuse, très impressionnable, aime son fils avec excès et l'a élevé avec faiblesse. Enfin un oncle paternel a été séquestré dans une maison de santé, et ce fait accuse une tare plus profonde.

Enfant, M. A... paraissait intelligent ; il faisait de bonnes études et remportait beaucoup de succès dans ses classes, quand, à la suite d'un accident survenu vers l'âge de dix ans, ses dispositions vinrent à changer. Il avait reçu, d'un camarade, un coup de pied sur le genou gauche. Le traitement fut long, et la guérison incomplète laissa l'articulation ankylosée. En même temps que la difformité physique se produisit, le caractère se modifia. M. A... devint triste, délaissa peu à peu ses fréquentations antérieures et vécut presque exclusivement au milieu de sa famille, continuant ses études, mais devenant bizarre, difficile, personnel.

A vingt ans, il se fait inscrire à l'École de droit, et se trouve ainsi livré à lui-même. M. A... qui, jusqu'à ce jour, avait été timide et réservé, ne tarda pas à se livrer à la dissipation, travaillant peu ou pas du tout, commettant des excès de boissons plutôt peut-être par vantardise que par goût, courant les femmes, mais pour les insulter plutôt que pour les fréquenter, par fanfaronnade plus que par penchant réel.

Ses irrégularités de conduite finirent par le faire rappeler

dans sa famille. Mais là, son caractère devint de plus en plus difficile; menteur, dissimulé, il se tenait mal, narguait les passants et surtout les femmes qu'il rencontrait dans la rue. En dernier lieu, il a montré une incapacité complète pour se diriger; il négligeait sa tenue, ne changeait jamais de linge, et il fallait veiller constamment sur lui. Son horreur pour les femmes n'a fait que s'accroître; non content de les injurier, il s'oublia un jour jusqu'à frapper une vieille dame, et se porta également à des violences contre une bonne qui promenait un enfant.

Mais il faut donner l'explication de cette conduite singulière, que va suffisamment motiver l'état mental du malade.

Non seulement impulsif et mal équilibré, M. A... est aussi sous le coup d'un délire très intense.

Écoutons son histoire pathologique pendant ces dernières années : tout d'abord, dès l'âge de dix-huit ans, il commence par croire que sa personnalité a été changée; il se trouve un air de ressemblance physique et morale avec divers personnages : il est tantôt le comte de Camors, puis le duc de Morny. Un autre jour, il prend le rôle de Byron, et tire de son infirmité acquise (il boîte de la jambe gauche) une ressemblance de plus avec le grand poète anglais.

Plus tard, des idées de persécution viennent s'ajouter à ces tendances ambitieuses. « On a fait courir des histoires sur son compte. On le disait dangereux, vindicatif, énergique; les ouvriers de la ville le regardaient de travers, et il a dû changer de domicile, de peur qu'on ne lui fît un mauvais parti. »

Les conceptions délirantes se caractérisent, les hallucinations de l'ouïe deviennent plus actives. Tout le monde l'interpelle : « Il n'est pas de force; il finira mal ». On répète partout de méchants propos sur son compte. On le plaint, on voudrait qu'il fût un autre homme. Le plus souvent, on le tourne en ridicule; les femmes surtout se moquent de son attitude et de sa constitution physique. Tout lui sert de prétexte à interprétation délirante; le fait seul, pour les personnes qui l'entourent, de se frotter les yeux, de se tirer la barbe, ou tout autre geste insignifiant, constitue une marque de pitié et de compassion, quand il n'exprime pas une raillerie ou une injure.

A ce délire de persécuté se mêlent et se combinent, mais sans systématisation et sans relation de causalité, des idées de satisfaction et des tendances religieuses. Ainsi, M. A... nous dira qu'il s'est cru parfois appelé aux plus hautes destinées, qu'il a une intelligence supérieure, une énorme puissance de réflexion et d'imagination. Dans d'autres circonstances, il voudra se retirer du monde, parlera de se faire bénédictin et tentera des démarches pour entrer dans un couvent.

Enfin, et pour compléter la physionomie de cet état mental, signalons les brusques alternatives de calme et d'excitation présentées par le malade qui, suivant la nature de ses idées dominantes ou même sans sujet, tantôt se montrera méfiant et réagira avec violence, tantôt sera paisible et bienveillant.

M. A... présente quelques signes physiques de l'état de dégénérescence. Si son infirmité (ankylose du genou s'accompagnant d'atrophie musculaire de tout le membre inférieur gauche) est acquise, il n'en paraît pas moins vrai que sa constitution scrofuleuse a dû jouer un rôle. A des organes en général bien conformés, à une taille assez bien prise, répondent un système pileux développé, une tête petite, une face asymétrique; les oreilles sont très détachées du crâne, et les dents, irrégulièrement implantées, envahies par la carie.

Quant au côté intellectuel et moral, il s'est progressivement affaibli depuis l'enfance et surtout depuis la puberté. Enfin la forme multiple, la marche spéciale du délire, les tendances instinctives, révèlent et dénotent plus complètement le dégénéré.

Voici encore une observation, dont le fait capital consiste dans la disparition de phénomènes délirants d'apparence chronique et irrémédiable. Résultat d'ailleurs prévu, en raison même du terrain sur lequel les accidents morbides ont évolué. Je résume le cas, pour pouvoir en supprimer les détails qui s'écarteraient des lignes caractéristiques.

M. J..., âgé de vingt-six ans, n'a jamais montré, dans l'exercice de ses facultés, une juste pondération. L'action héréditaire est, chez lui, manifeste, car sa mère, de tout temps très nerveuse, a été atteinte, en 1880, d'un accès maniaque. Défaut d'équilibre mis à part, la situation pathologique de M. J... ne commence à attirer véritablement l'attention que dans le courant de l'année 1883, moment où il devient sombre, prend, à l'égard de son entourage, une attitude agressive, et finit par frapper violemment, sans motifs extérieurs, un membre de sa famille.

Le certificat médical, alors établi (octobre 1883), mentionne des idées de persécution avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale. M. J... prétend être en butte à la malveillance publique ; « on mêle du *poison anglais* à ses aliments ; on lui fait fumer des cigarettes toxiques ; etc. » Il se dit, en outre, sous la surveillance de la police, et se ménage de minutieuses précautions pour cacher sa personnalité.

Cependant, au mois de janvier 1884, nous pouvons déjà constater une notable amélioration. Devenu moins défiant, presque expansif, le malade rend volontiers compte de ses sensations antérieures : « on l'injuriait, on le traitait de *cochon !*; il entendait les voix de parents morts depuis longtemps ; le jour où il frappa son beau-frère, ce dernier se vantait d'avoir tué son père ; — il voyait aussi des flammes. »

Changement de front, dès le commencement de février. M. J... rentre dans sa disposition soupçonneuse et inquiète ; il n'est plus à la conversation, quand on l'interroge ; il s'isole, et parfois, dès qu'on veut l'approcher il se retourne d'un air courroucé.

Même état, durant les mois de mars et d'avril. La note qui le concerne, à cette époque, est rédigée en ces termes : Incohérence très grande ; aucune suite dans les idées. Troubles sensoriels probables. M. J... a passé une partie de l'après-midi, assis sur les marches d'un escalier, et se frappant les jambes, du bout des doigts, par des mouvements successifs de bas en haut et réciproquement ; « il faisait, nous a-t-il dit, du massage. » Il s'irrite facilement, se plaint de ce que les médecins ne le protègent pas contre l'hostilité des autres

pensionnaires; il affirme qu'on lui lance des pierres. Par intervalles, il se porte à des violences contre ses voisins.

Dans le courant de mai, nouvelle phase d'amélioration. Le malade demande spontanément à s'occuper et à se distraire. Ces conditions, relativement favorables, se poursuivent jusqu'au mois d'août, mais avec diverses alternatives, entremêlées notamment de rechutes de courte durée.

En septembre, la physionomie redevient sombre et tourmentée. Les phénomènes de concentration dominent, mais doublés de tendances impulsives; la parole est brève, les mouvements sont saccadés. Si M. J... reste habituellement à l'écart, s'il refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse, parfois il vous aborde d'une façon brutale, le regard fixe et brillant, prononce vivement quelques mots, lance une injure, et se retire brusquement. Ou bien, ce sont des demandes incohérentes, des phrases incompréhensibles qu'il débite sur un ton monotone durant des heures entières. Le niveau intellectuel paraît atteint.

Cette situation se prolonge jusqu'au mois de mars 1885. L'excitation s'accuse, sous l'influence d'hallucinations et de troubles de la sensibilité générale qui alimentent un délire très actif. M. J... récrimine à tout propos : « on se livre, sur lui, à des actes d'immoralité; on a mis de la *musique* dans ses vêtements ; on saupoudre ses draps de substances nuisibles ; il demande du *siccatif* pour l'empêcher d'étouffer ; on l'électrise. » Des idées de grandeur ont également apparu, et le malade se dit « président de la république ».

Dans les derniers jours d'avril, le réveil des facultés se produit tout à coup. L'état délirant persiste bien encore, mais il se limite, et M. J... recommence à se montrer bienveillant, à prendre intérêt à ce qui l'entoure. Dès le 1er mai, sa tenue est presque normale ; il reçoit une lettre de sa mère qu'il lit avec satisfaction, et à laquelle il répond en termes excellents.

Depuis lors, l'amélioration progresse, et M. J... peut rentrer dans sa famille, en bonne voie de guérison, le 7 juillet 1885.

§. — Dans les trois observations dont nous venons de rendre compte, la folie, abstraction faite des différences

qui séparent l'aliéné ordinaire du dégénéré, simule les allures du délire chronique.

Il n'en est pas toujours ainsi ; les manifestations les plus variées peuvent, en effet, se produire et s'agencer de mille manières. Mais, particularité importante, quelle que soit l'expression de l'élément vésanique, le pronostic, à moins d'accidents surajoutés, ne change pas.

Observation XX. (Personnelle.) — *Signes physiques de dégénérescence; paralysie infantile. — Délire ambitieux généralisé. Excitation maniaque. Parfois sensiblerie. Récriminations. Impulsions violentes et instinctives contre l'entourage.*

M. P..., âgé de trente-huit ans, est affecté de paralysie infantile ; les membres supérieur et inférieur droits sont atrophiés et en contracture. Le niveau intellectuel du malade n'a jamais été fort élevé ; cependant il a pu acquérir un certain degré d'instruction et, malgré l'impuissance de tout le côté droit du corps, il se sert avantageusement des parties gauches pour les usages de la vie courante.

Employé dans une maison de banque où il tenait les écritures, il s'était toujours acquitté régulièrement de son service, quand, dans l'espace de quelques semaines, de très graves perturbations intellectuelles se firent jour. Au milieu d'une activité désordonnée surgissent, sans préparation aucune, des conceptions ambitieuses multiples. Le délire est si diffus, le désordre des actes est tel, qu'au premier abord on pouvait croire à un début de paralysie générale. Mais l'absence de tout trouble moteur et spécialement d'embarras de la parole, la coordination réelle des idées, nous font bientôt écarter cette hypothèse. M. P... n'est pas davantage un alcoolique. Sommes-nous donc en présence d'un accès maniaque ordinaire?

Le malade ne doute de rien. Satisfait de tout, surtout de lui-même, il aborde le premier venu pour l'entretenir de ses projets grandioses, lui faire admirer le parfait état de ses organes. Son infirmité est une beauté de plus. Il sait tout, et rien ne lui paraît impossible; il se donne une intelligence supérieure; ses connaissances en littérature sont extraordi-

naires; il sera le premier écrivain de l'époque. Il forme mille projets; il dirige le plus grand établissement financier de Paris; il veut régénérer l'univers.

Des hallucinations multiples viennent alimenter son délire : il prétend que de puissants personnages sont venus le visiter. Il évoque parfois les grandes figures de l'antiquité, et il nous dit un jour qu'il s'est entretenu avec Homère. Il va même plus loin; sa puissance n'a plus de bornes; on lui a révélé qu'il était Dieu, et sa mère une déesse.

Sous l'empire des idées qui se pressent tumultueusement dans son cerveau, il passe son temps à rédiger de longs rapports qu'il débite avec emphase et dont il vante les beautés remarquables de style. Et cependant, si ces écrits ont un côté original, c'est surtout par l'hyperbole qu'ils déploient. Les qualificatifs flatteurs ne lui coûtent guère. Si vous êtes dans ses bonnes grâces, il vantera « votre esprit merveilleux et d'une élévation sublime, votre sagacité d'une finesse inénarrable. » Il vous appellera « son ami chéri au front superbe, à la valeur grandiose, au génie irrésistible. » La France est « la merveilleuse nation, héroïne de l'univers, au scintillement inouï dans le firmament divin. » Le Comptoir d'Escompte de Paris, dont il se dit le directeur, est « la sublime maison, l'établissement unique au monde. »

Ses parents et ses amis profitent de sa haute situation. Il distribue des places et des gratifications fantastiques; son caissier touche 500,000 francs; le plus modeste comptable a 30,000 francs de traitement fixe. Il écrit, un jour « à son ami chéri Vincent, coiffeur », pour le prévenir qu'il ne peut se passer de lui pour sa toilette ; il lui promet un établissement splendide qu'il fera à son intention, et 150,000 francs de gratification annuelle. Il veut acquérir, pour y installer une personne qui lui tient de près, toutes les librairies renommées.

Quant à lui-même, il ne s'oublie pas. Il nous apprend que, pour récompenser « son mérite infaillible et sa grandissime intelligence », le président de la république songe à le combler d'honneurs et de titres : d'abord marquis d'Orléans, puis président honoraire de la Banque de France, président de l'Académie française, grand cordon de la Légion d'honneur.

Pour ses ennemis, il n'est pas de malédiction qu'il ne leur adresse. Ce sont « des misérables, des êtres détestables et d'une abomination abjecte ». Il prépare sur eux « une étude qui fera scandale dans le sein de l'Académie. »

M. P... passe, du reste, de la bienveillance à l'acrimonie avec une facilité extrême. Il ne faut pas entrer en contradiction avec ses idées, car il se fâche si on soulève un doute. D'une irritabilité excessive, l'excitation ne tarde pas, chez lui, à remplacer le calme. Par intervalles, il se voit entouré de malfaiteurs et d'assassins. Ce sont alors des plaintes continuelles, de vives récriminations. Mais il n'en reste pas toujours là, car il réagit parfois d'une façon violente.

Ce côté impulsif, indépendant de toute sollicitation hallucinatoire, et très développé chez notre malade, le rend souvent dangereux. Un jour, il donne des coups de poing à son domestique; une autre fois, il lance un verre à la tête du médecin. Une arme tomberait sous sa main qu'il n'hésiterait pas à s'en servir.

Tel est cet état délirant qui, selon nous, quoique sans renseignements sur les antécédents héréditaires du sujet, n'a pu se greffer que sur un terrain spécial. La promptitude du début des conceptions maladives, leur subite généralisation, la forme raisonnante, les tendances impulsives, sont autant de caractères qui appartiennent en propre au délire du dégénéré. Enfin, l'infirmité de M. P... indique une lésion grave et hâtive du système nerveux (myélite des cornes grises antérieures), et nous permet de ne pas insister sur la présence d'autres signes physiques, tels que : petitesse du crâne, asymétrie de la face, prognathisme (léger du reste), vicieuse implantation et carie des dents.

Les aspects multiples que revêt le délire, chez les dégénérés, peuvent rendre, à l'occasion, le diagnostic différentiel assez difficile. Dans le cas précédent, par exemple, l'activité présentée par le malade, l'exagération absurde de ses conceptions ambitieuses, rappelaient les phénomènes que l'on observe, en tout ou en partie, à la période de début ou d'état de la paralysie générale.

Devant les faits de ce genre, l'erreur sera principalement évitée (à la réserve des troubles de la parole), par l'examen attentif du niveau cérébral. Chez le paralytique, la déchéance des facultés, quoique progressive, atteint, d'emblée, l'ensemble des opérations intellectuelles, dont le défaut de coordination est flagrant dès l'invasion initiale. Il s'agit là d'une lésion diffuse, tandis que l'héréditaire offre seulement des lacunes.

Dans l'exemple que je viens de rapporter, l'expansion constitue le trait en évidence et s'accompagne de désordres sensoriels. Comme contraste à cette forme maniaque, l'observation ci-après représente un type d'impulsif mélancolique, sans hallucinations concomitantes. Nous verrons aussi que, contrairement à la mobilité de certaines interprétations, quelques idées, les tendances au suicide surtout, se fixent avec la plus grande ténacité.

Observation XXI. (Personnelle). — *Hérédité vésanique convergente. — Etat mélancolique et hypochondriaque. Impulsions au suicide. Pas d'hallucinations. Conscience de son état.*

M. H..., âgé de dix-neuf ans, accuse une double hérédité morbide. Le père, en dehors d'une émotivité exagérée, ne présente lui-même rien de bien saillant ; mais un oncle paternel, marié et père de famille, s'est suicidé sans motif plausible. La mère, aliénée, très impulsive, est atteinte de folie avec accès à double forme, périodes alternantes d'excitation et de dépression.

Blond et lymphatique, d'ailleurs d'une bonne constitution, intelligent, doux de caractère, M. H... a toujours été timide et craintif. Très réservé, aimant plutôt l'étude que la récréation, il a toujours eu de la tendance à s'isoler. Mais jusque dans ces derniers temps, on ne peut noter chez lui, que de légères perturbations nerveuses. Les premiers troubles franchement maladifs datent de quelques mois à peine.

Un échec dans un concours vient l'impressionner profondément et surtout plus que de raison. Il commence alors à exprimer les premières craintes : « son avenir est perdu ; il ne réussira jamais. » Il se remet cependant au travail, mais sans mesure et sans retenue, constamment préoccupé et se tourmentant de plus en plus. Enfin, l'état mélancolique se caractérise et se complète ; l'anxiété ne laisse aucun repos au malade jusqu'au jour où, poursuivi par l'idée de mourir, il se saisit brusquement d'un couteau qu'on parvient difficilement à lui arracher.

Depuis lors, il vit dans un état permanent d'angoisse. Triste et découragé, il manifeste des inquiétudes sans fondement : « son intelligence a disparu ; il prétend qu'il est atteint de ramollissement cérébral, qu'il est devenu un objet inutile. »

Voici dans quels termes il rend compte lui-même d'un état où l'élément hypochondriaque paraît dominer :

« Je sens mes facultés baisser tous les jours. Il me semble que le jugement s'est éclipsé le premier chez moi, puis l'imagination, puis la mémoire. Je n'ai pas oublié les faits qui se sont passés autrefois, mais ce qui a été d'une acquisition récente semble s'être échappé presque complètement. Je remarque, en outre, une confusion extrême dans mes idées. Ce que j'ai étudié avec le plus de goût, l'histoire, la philosophie, la littérature, ne m'offre plus qu'un intérêt rétrospectif. Je suis toujours absorbé par les mêmes préoccupations qui ne laissent point de place à d'autres pensées.

Je crois donc qu'il s'agit, non pas d'un trouble nerveux passager, mais d'une lésion organique au cerveau. J'ai encore conscience du monde extérieur et de ma situation, mais j'ai une difficulté presque insurmontable à fixer mon attention sur une matière quelconque. Vous savez que lorsqu'on cherche à réfléchir sur quelque sujet, ou bien simplement à se souvenir, on contracte les sourcils. Je ne sais si ce mouvement dénote l'énergie de la pensée, mais chez moi l'énergie (qui s'exprime extérieurement par ce mouvement) a presque entièrement disparu.

Je me sens abattu, plus disposé à rester assis qu'à marcher. Le matin, j'éprouve une très grande difficulté à me lever, ce qui marque un véritable engourdissement. Il me semble que

je n'ai plus de sang dans les veines ; je deviens frileux, ce que je n'avais jamais été, et ne me plais qu'à la chaleur. »

On se tromperait étrangement si, n'allant pas au fond des choses, on ne voyait là que des préoccupations hypochondriaques ordinaires. L'état mélancolique n'est pas caractérisé davantage par des hallucinations, qui n'existent pas. La note dominante se cache, elle réside dans une pensée fixe, obsédante, que le malade n'avoue pas sans réticences : l'idée du suicide. « Souvent, ajoute-t-il, je voudrais m'en débarrasser, je fais effort, mais elle s'impose à mon esprit qui ne peut la chasser. »

Chez M. H..., le calme, toujours apparent, est aussi peu continu, parfois troublé par des périodes d'excitation très violente. L'impulsion survient, prompte, automatique : le malade se précipite sur les meubles, contre les murs, la tête la première, et il faut l'assistance de plusieurs personnes pour le maintenir. Mais elle cède aussi très vite, laissant, comme traces de son apparition, un peu plus de tristesse et d'abattement que d'habitude, pendant quelques jours (1).

§. — A côté de ces psychoses de dégénérescence, nous ne serions pas éloigné de placer le groupe des *folies intermittentes*. Parmi les causes de ces dernières, ne voyons-nous pas l'hérédité apparaître au premier plan ? La fréquence des actes impulsifs, des états raisonnants, la brusquerie dans l'apparition ou l'éloignement des troubles, leurs variations nombreuses, leur périodicité, enfin la permanence de l'aptitude vésanique qui tient l'individu sous la menace constante d'une rechute, sont autant de signes militant en faveur de la nature *dégénérative* de l'affection.

Une réserve me semble cependant nécessaire, et l'on ne saurait pousser l'identité plus loin. En tenant compte

(1) Depuis le mois de février 1884, la guérison de l'accès a permis à M. H... de reprendre ses études, interrompues pendant les cinq mois que sa maladie a duré.

de cette circonstance capitale que la plupart des malades sous le coup de folie intermittente, tout en étant des prédisposés, sont restés indemnes jusqu'à la première atteinte (tardive), il faut admettre pour eux une atténuation de l'hérédité morbide. Ils occupent, dans l'échelle de la transmission, un degré moins élevé que les vrais dégénérés, et, dans sa classification des maladies mentales, Magnan les range, comme intermédiaires, entre les délirants chroniques et les héréditaires dont la caractéristique primordiale est la dégénérescence.

Dans la série des folies intermittentes, nous comprenons ces états alternatifs d'expansion et de dépression que l'on a décrits, avec Baillarger et Falret père (1), sous les noms de *folie à double forme*, de *folie circulaire*. Ces dernières ne constituent, en effet, que des variétés d'une même espèce pathologique puisant dans *l'intermittence* ses traits fondamentaux. La forme des accès ne donne pas une base suffisante, et la succession des éléments maniaque et mélancolique, qui se retrouve d'ailleurs dans la plupart des affections mentales, est trop irrégulière, au moins d'un malade à l'autre, pour lui attribuer une valeur supérieure à celle d'un symptôme plus ou moins saillant. La divergence des vues de Baillarger et de Falret, relativement à la formule de l'alternance, suffirait à le prouver.

Je m'écarterais trop de mon sujet, en m'engageant dans une démonstration complète, mais je crois pouvoir rapporter deux observations qui confirment les remarques exposées ci-dessus.

(1) Baillarger, *Folie à double forme*; in *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XIX, p. 154. — Falret, *Folie circulaire*; in *même bulletin*, p. 382.

OBSERVATION XXII. (Personnelle). — *Hérédité névropathique. — Folie rémittente. — État mélancolique alternant avec un état maniaque. — Accès : dépression, excitation ; intermittence. Deux accès se succédant dans le même ordre, le premier en* 1880, *le second en* 1882.

Mademoiselle E..., âgée de vingt ans, descend d'un père qui peut ne lui avoir transmis rien de pathologique; mais, par contre, la mère est nerveuse à l'excès : la cause la plus futile l'impressionne et la moindre émotion suffit pour occasionner une attaque hystériforme.

Mademoiselle E... a été élevée avec un soin minutieux; douée d'une grande vivacité d'esprit dès la première enfance, on peut dire qu'elle s'est intellectuellement surmenée. Son caractère l'a, de tout temps, portée vers les choses sérieuses, aux dépens peut-être des distractions de son âge. La santé physique n'aurait jamais souffert. Notons cependant que la malade porte les marques d'une constitution scrofuleuse, qu'elle fut tard réglée. Le tissu adipeux a pris chez elle un développement exagéré; le crâne est petit par rapport à la face, l'oreille très épaisse.

Les premiers troubles saillants du côté mental ont débuté, dans le courant de l'hiver de 1880. Sans motifs connus, on commença par remarquer chez mademoiselle E... une disposition à l'irritabilité et à la mauvaise humeur, à l'occasion des faits les plus futiles, un mécontentement d'elle-même à propos de ses études, prétendant que ses connaissances étaient superficielles, se tourmentant de ne rien savoir à fond, etc. L'été de la même année, pendant un séjour à une station thermale où elle suivait un traitement, mademoiselle E... devint triste, pleurant sans raison, dormant mal et insuffisamment, jusqu'au jour où elle tomba dans un état prononcé de dépression morale. Cet ordre de choses se maintint pendant plusieurs mois.

Brusquement, en août 1880, surgissent des accidents tout contraires, se traduisant par une gaîté excessive, une loquacité intarissable. La malade est légèrement ambitieuse; elle a une haute opinion de ses talents et de son habileté. La menstruation, jusqu'alors régulière, se trouva du même coup

suspendue. L'excitation maniaque, d'abord légère, s'accrut considérablement en septembre. Rentrée dans sa famille, mademoiselle E... menait grand bruit le jour, ne voulait pas rester au lit la nuit, se découvrait, ôtait ses vêtements, parlait sans cesse, et, le plus souvent, d'une manière tout à fait incohérente.

Cependant, au bout de quinze jours, la malade finit par se calmer peu à peu, et sept semaines plus tard, elle pouvait être considérée comme convalescente. Un voyage qu'elle fit à cette époque parut la rétablir complètement. Mais son humeur était restée changeante, tantôt triste et abattue, tantôt gaie outre mesure ; et cela, pendant une année environ.

Malgré ces alternatives, la santé générale n'annonçait rien d'anormal, quand, au mois de mai 1882, mademoiselle E... fut reprise d'une prostration peut- être moins grave, mais en beaucoup de points semblable à celle qu'elle avait présentée en 1880. Les règles cessèrent de nouveau.

Vers le mois de septembre, des phénomènes d'expansion remplacèrent cet état dépressif. La malade avait un sentiment outré de sa personnalité, s'emportait avec une facilité extrême, ne tolérait aucune contradiction. L'ensemble des facultés intellectuelles proprement dites paraissait, du reste, complètement intact. Subitement, le 28 octobre 1882, l'agitation maniaque éclata et prit aussitôt un caractère d'intensité considérable : loquacité sans bornes, désordres sensoriels multiples, idées et gestes érotiques, conceptions ambitieuses, insomnie, c'est-à-dire des symptômes de même nature, mais encore plus accusés que ceux qui s'étaient montrés, au mois de septembre 1880.

Cette fois aussi, l'excitation ne tarde pas à se calmer, mais une grande irritabilité et des tendances impulsives persisteront un certain temps. Au mois de mars 1883, la malade est toujours sous le coup de troubles actifs. L'état d'agitation ne présente pas de continuité, mais dans l'intervalle des paroxysmes, mademoiselle E... reste obtuse et n'a qu'une conscience incomplète de sa situation. Cependant l'amélioration fait des progrès rapides ; l'excitation disparaît presque brusquement et ne laisse d'appréciable qu'un défaut d'équilibre mental (1).

(1) Après une période de rémission assez longue, nous apprenons que mademoiselle E... vient d'être reprise d'un nouvel accès (septembre 1885).

Dans ce cas, l'alternance a eu lieu suivant le mode indiqué par Baillarger : manie, mélancolie (accès) — intermittence. Dans l'observation suivante, le passage d'un état à l'autre manque de régularité. Au début même, c'est de la rémittence simple, avec accès similaires; plus tard seulement, il survient des périodes différentes d'aspect mais sans enchaînement déterminé.

Observation XXIII. (Communiquée par M. Bouchereau). — *Hérédité vésanique : père aliéné. — Dispositions nerveuses se montrant dès la jeunesse. — Folie intermittente. — Alternatives d'excitation et de dépression : avant* 1866, *de* 20 *à* 25 *ans, deux accès maniaques. De* 1866 *à* 1875, *trois accès débutant par de l'exaltation et laissant la malade apathique. En* 1875, *accès maniaque. En* 1878, *nouvel accès d'agitation. En* 1879, *accès mélancolique. En* 1881, *accès maniaque brusque auquel a succédé de l'apathie et de l'indifférence.*

Madame D..., quarante-deux ans, mariée, compte, dans ses antécédents héréditaires, un père aliéné, mort dans un accès de manie. Elle a trois frères : deux sont bien portants; le troisième est bizarre, excentrique, et présente des périodes de mélancolie. De son mariage à elle, trois garçons sont nés : deux jumeaux, intelligents, un peu nerveux; le troisième est mort à l'âge de sept ans dans un accès de fièvre chaude (?), auparavant docile, apprenant bien, tout à coup il était devenu obtus et paresseux.

Dans sa jeunesse, madame D... fut exaltée, impressionnable, très coquette. Elle aurait eu un accès de délire avant son mariage, accès sur lequel on ne possède aucun renseignement précis. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-cinq ans. Six semaines après, un accès de manie éclate, caractérisé par une vive agitation avec cris incohérents, mouvements désordonnés, disposition à la violence; placée dans une maison de santé, elle y demeure quatre mois, puis sort pour aller à la campagne achever sa convalescence.

De 1866 à 1875, trois accès qui ont débuté chaque fois par de la gaîté exubérante, de la recherche dans la mise contras-

tant avec la tenue ordinaire. L'accès terminé, la malade devenait obtuse, apathique, comme engourdie, dans un état rappelant les caractères d'une véritable mélancolie.

En juillet 1875, nouvel accès maniaque avec désordre extrême des idées et des actes; les propos sont grossiers et obscènes, les gestes parfois dangereux. Elle est rendue à la liberté, en avril 1876; sa conduite paraît régulière, sans phénomène morbide intercurrent, durant une année.

En novembre 1878, autre accès d'agitation. Elle accuse son mari sans motifs, le frappe et l'invective, puis, manifeste de la répulsion pour ses deux fils jumeaux, tandis que le plus jeune devient l'objet de ses témoignages affectueux. L'excitation persiste quatre mois, et le calme revient; à noter seulement une certaine lenteur de conception, une confusion d'idées qui est longue à disparaître.

Au mois de décembre 1879, la malade semble absorbée, privée d'initiative; elle accuse un sentiment général d'engourdissement, sans éprouver une douleur ou souffrance qui puisse être rapportée à un point déterminé. Les fonctions digestives languissent, les règles manquent depuis dix mois; il survient un flux de leucorrhée.

En avril, les règles reparaissent. L'intelligence reste paresseuse; la malade ne fait preuve d'aucun effort spontané; elle travaille un peu, mais sans goût; elle souffre fréquemment de migraines.

En septembre 1880, l'état physique s'améliore, l'appétit augmente; la malade répond volontiers aux questions, s'occupe régulièrement.

En mai 1881, elle devient très gaie, se met à parler avec loquacité, veut sortir, se plaint du régime, de ses compagnes, accuse tout le monde. Le 10 juin, l'agitation débute brusquement avec violence. Madame D... cherche à briser les portes, à frapper; elle profère des injures obscènes.

Les mois de juillet et d'août n'offrent aucun changement notable.

En septembre, le calme arrive; les forces physiques ont diminué; l'intelligence n'est pas vive, mais il n'existe pas de mélancolie proprement dite.

Durant les mois d'octobre, de novembre et décembre, même

état. La malade se montre douce, laborieuse, mais paraît abattue, inconsciente de sa situation.

En mai 1882, on constate une incontinence d'urine de courte durée.

Au mois de juillet, le plus jeune fils de madame D..., pour lequel elle manifestait une tendresse particulière, lui est enlevé : elle apprend cette perte sans émotion. Elle continue à s'occuper avec nonchalance, répond quand on l'interroge, mais n'interpelle jamais la première.

Pendant toute l'année 1883, le calme se maintient; madame D... travaille, soigne sa toilette sans affectation; la spontanéité est en somme plus accusée. Il n'y a ni excitation ni dépression appréciables. Mais si la malade satisfait aux demandes qu'on lui adresse, elle se tient à l'écart; elle accepte sa situation sans récriminer, mais ne témoigne à personne de sentiment affectif, pas même aux membres de sa famille : elle s'informe de leur santé, de leurs occupations, sur un ton d'indifférence qui pourrait étonner, si on la jugeait sur sa tenue si régulière, sur son langage en apparence si suivi.

Cependant, la torpeur intellectuelle est plus apparente que réelle. Susceptible de porter son attention sur des sujets de nature à l'intéresser, la malade n'offre aucun signe de démence ; elle ne conserve qu'un souvenir très confus de ce qui s'est passé durant la période délirante, mais sa mémoire reste très exacte pour les événements survenus pendant les intervalles de calme. En définitive, si sa sphère psychique se limite, son activité s'exerce encore d'une façon notable dans le cercle qu'il est donné de parcourir.

§. — Il résulte de l'ensemble des considérations précédemment exposées, que le dégénéré possède un état mental particulier, bien différent de celui du vésanique ordinaire, car il comporte une origine, une marche, une durée, une terminaison distinctes. Après l'avoir précisé dans ses dispositions physiques et intellectuelles, dégagées de toute sollicitation concomitante (idiopathiquement pour ainsi dire), il nous reste à l'examiner dans la réaction qu'il

oppose à des éléments occasionnels assez puissants par eux-mêmes pour donner leur cachet à des formes pathologiques.

En d'autres termes, le dégénéré perd-il son individualité en présence de l'alcoolisme, des névroses convulsives, de la paralysie générale, des lésions circonscrites des centres nerveux? Nous aurons à établir, au contraire, qu'il garde toujours son indépendance. L'influence spéciale qui peut venir le surprendre est capable de troubler son état mental, mais il s'agit là d'une complication accidentelle sinon passagère. A cet égard, le rôle pathogénique des affections incidentes doit être considéré comme double : elles créent des manifestations propres, mais en même temps elles réveillent un fonds délirant qui reprend ses droits et ses caractères, dès que la cause première a disparu ou même durant son action simplement surajoutée (1).

« Sur un malade sous le coup de l'influence héréditaire, dit Magnan (2), l'action toxique de l'alcool se manifeste de deux manières :

1° En produisant le délire spécial alcoolique;

2° En agissant à titre d'excitant sur un terrain préparé et en favorisant ainsi l'éclosion d'un délire qui aurait pu ne pas se produire en l'absence d'un stimulus.

Chez lui, les hallucinations, même caractéristiques, disparaissent avec lenteur et, ce qui est plus important à noter, c'est la conviction intime de la réalité de toutes les

(1) Les considérations qui suivent, sont nécessairement écourtées ; chacun des paragraphes que je vais aborder pourrait fournir le sujet d'une longue monographie ; j'ai dû me borner à exposer brièvement les résultats de l'observation clinique.

(2) Magnan, *De l'Alcoolisme*, p. 78, Paris, 1874.

perceptions illusoires. Autant les alcooliques simples aident les efforts du médecin, se laissent facilement persuader dès que l'amélioration commence à se produire, discutent et insensiblement apprécient à leur juste valeur leurs troubles sensoriaux, autant ces alcooliques à prédisposition héréditaire sont rebelles à tout traitement physique ou moral. »

On n'ignore pas avec quelle facilité, souvent au bout de quatre ou huit jours, certains alcooliques simples se débarrassent de leur délire.

D'autres, il est vrai, peuvent conserver pendant plusieurs mois, après la disparition des phénomènes aigus, quelques désordres intellectuels, des tendances hypochondriaques, des idées de persécution assez tenaces pour rappeler le délire chronique, mais tout finit par rentrer dans l'ordre. Ici, la lenteur de la convalescence trouve suffisamment sa raison d'être dans les aptitudes acquises du sujet devenant, par ses habitudes d'ivrognerie, de plus en plus sensible à l'action de l'agent toxique.

Chez les dégénérés, l'alcool agit d'une façon moins bénigne. Les plus légers excès de boissons donnent naissance à un délire rapide dans son apparition, s'accompagnant de signes physiques modérés, presque sans tremblement, mais caractérisé par une activité, une réaction impulsive bien plus grande que dans les cas ordinaires. Le cours de l'accès se prolonge, et, alors même que l'empreinte première a disparu, il reste un ensemble de troubles, mélancoliques ou maniaques, dont la marche et la terminaison bien spéciales sont indépendantes de l'influence de l'alcool, qui n'a fait, en somme, que provoquer une disposition latente.

Par ce côté, les dégénérés se rapprochent, une fois de plus, des imbéciles. Ces derniers également, au moindre abus de spiritueux, entrent dans des violences furieuses, se portent aux actes les plus graves. Mais l'on doit ajouter, preuve nouvelle de l'irrégularité de ces natures, que s'il faut habituellement peu d'alcool pour donner lieu à des accidents, ces individus résistent mieux parfois aux effets de l'intoxication, et « l'on se ferait difficilement une idée de ce qu'ils peuvent absorber avant d'éprouver les symptômes du délire alcoolique (1) ».

§. — Existe-t-il une relation entre la dégénérescence qui nous occupe et les névroses convulsives? On sait que ces dernières affections, produits d'une déchéance particulière, peuvent se limiter à la sphère motrice, abstraction faite de certaines modifications du caractère insuffisantes pour constituer une situation vésanique proprement dite. Pour que celle-ci apparaisse, il faut un terrain de choix. On assiste alors à de véritables paroxysmes de délire, à forme expansive ou dépressive, d'autant plus accusés que les manifestations physiques sont elles-mêmes plus restreintes (2).

La fréquence des états raisonnants, la dépravation des instincts, la violence et l'instantanéité des actes, les transitions subites de calme et d'excitation, la soudaineté des accès et leur disparition brusque, établissent, entre la *folie hystérique* et la physionomie délirante des dégénérés,

(1) Morel, *Traité des dégénérescences, loc. cit.*, p. 138.

(2) Il en est ainsi, dans l'hystérie comme dans l'épilepsie. Pour cette dernière surtout, c'est dans les cas frustes (vertige, absence) que le désordre mental prédomine sur les signes physiques, et dans l'épilepsie larvée, le délire se montre d'emblée, sans accompagnement de troubles moteurs bruyants.

les plus grandes analogies. Il est vrai que l'assimilation ne doit pas être plus complète, mais rien n'empêche la combinaison des deux formes.

Ce mélange devient particulièrement remarquable chez certains épileptiques. Parmi les malades atteints de *morbus sacer*, il en est une catégorie que Magnan (1) a bien mise en lumière dans ses études sur les délires multiples, et qui, en dehors du désordre mental que peut déterminer l'ictus, offrent des idées délirantes absolument indépendantes des attaques. Ces états hybrides, produits d'une hérédité double (convulsive et vésanique), composent chez le même individu deux variétés morbides très distinctes. Par un mécanisme semblable, un troisième élément peut entrer en action, l'alcoolisme par exemple, et l'on se trouve alors en présence de trois délires (épileptique, vésanique, alcoolique), marchant de front, se combinant, mais sans jamais confondre leurs traits spéciaux. L'observation X nous a fourni un beau modèle de cette disposition.

Ces situations sont d'autant plus importantes à déterminer, « qu'il n'est pas indifférent, au point de vue médico-légal, d'établir si l'acte incriminé se rattache à l'épilepsie (inconscience complète), ou à telle autre forme délirante que présenterait un même malade (2) ». Il est probable que c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces faits qu'on a accordé, dans quelques cas, au délire épileptique un certain degré de conscience.

Aussi bien, faut-il distinguer, dans l'expression du

(1) Magnan, *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné*; in *Arch. de neurol.*, 1880, p. 49.

(2) Magnan, *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 76, Paris, 1882.

trouble mental coexistant, ce qui revient au vésanique simple ou à l'impulsif. Pour le premier, la vésanie suit la marche ordinaire (1), pour le second, au contraire, elle observe l'évolution propre aux dégénérés. Dans les deux occasions, l'ictus épileptique ne fait que réveiller une aptitude délirante dont les effets se surajoutent aux manifestations caractéristiques de la névrose (2).

§. — Il ne s'agit pas de contester une chose indiscutable, l'individualité pathologique de la *paralysie générale*, sa nature première, mais nous ne croyons pas émettre une erreur en affirmant, avec Baillarger et Magnan (3), que cette maladie est composée de deux éléments différents : d'une part, les lésions anatomiques produisant la démence, et d'autre part, l'élément vésanique (mélancolique ou maniaque). En effet, l'affection peut rester limitée à l'affaiblissement intellectuel, seul signe pathognomonique. Le délire, quand il existe, survient simplement comme complication, et probablement il ne se rencontre guère que « chez les individus qui auraient pu devenir aliénés alors même qu'ils n'auraient pas été paralytiques. »

Chez les dégénérés, à qui d'ailleurs une certaine immunité semble être accordée relativement à l'atteinte de l'encéphalite interstitielle diffuse, l'affection, une fois constituée, participe des symptômes et de la marche de la folie héréditaire. La physionomie déjà si mobile du

(1) Garnier, *Coexistence chez un épileptique d'un double délire;* in *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1880, p. 136.

(2) Respaut, *Du délire épileptique*, thèse de Paris, 1883.

(3) Baillarger, *Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale;* in *Ann. méd. psych.*, 1876, p. 256. — Magnan, *Leçons sur la paralysie générale;* in *Tribune méd.*, 29 février et 7 mars 1880.

paralytique général ordinaire, s'accuse davantage dans le sens des brusques alternatives ; l'état impulsif est plus développé ; le délire, plus actif, peut revêtir la forme raisonnante ; les accidents congestifs se réparent plus facilement ; l'évolution enfin ne se fait pas suivant les règles communes. « Parmi ces malades, dit Doutrebente (1), les uns deviennent chroniques d'emblée, présentent à peine de temps à autre quelques manifestations subaiguës sous l'influence de petites poussées congestives ; les autres au contraire ont de la double forme ou des phénomènes circulaires analogues à ceux qu'on remarque chez les aliénés héréditaires. » On a signalé également la longueur des rémissions et de la durée totale de la maladie (2).

§. — Dans une communication à la *Société médico-psychologique*, Legrand du Saulle (3) avait déjà attiré l'attention sur cette circonstance que les dégénérés sont soumis, à toutes les époques de leur vie, à des phénomènes congestifs transitoires, dont la production comme la disparition inattendues seraient sujettes aux plus grandes fluctuations. Mais ils ne restent pas à l'abri d'autres accidents cérébraux plus durables, plus inquiétants, et les lésions les plus diverses (hémorrhagie, ramollissement, sclérose, tumeurs) peuvent affecter leurs centres nerveux.

Sur l'individu ordinaire, ces altérations se limitent au cercle de la motilité. Je mets ici de côté les troubles

(1) Doutrebente, *Des différentes espèces de rémissions dans la paralysie générale progressive;* in *Ann. méd. psych.*, mars 1878, p. 161.

(2) Lionnet, *Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie;* thèse de Paris, avril 1878.

(3) Legrand du Saulle, Communication à la *Soc. méd. psych.*, séance du 27 mars 1876.

intellectuels qui peuvent se développer passagèrement sous l'influence d'une lésion encéphalique, et l'affaiblissement des facultés que présentent certains hémiplégiques, depuis longtemps frappés. J'ai seulement en vue le vrai délire qui éclate, chez un sujet prédisposé, dans les mêmes occasions et qui aurait probablement surgi en raison de toute autre cause.

L'observation par laquelle je termine ce travail reproduit une disposition de ce genre. Il s'agit d'un dégénéré dont l'anomalie physique et intellectuelle, évidente dès le premier âge, se caractérise plus tard, et en fin de compte évolue parallèlement à une lésion cérébrale circonscrite. C'est un fait de plus à l'appui de cette vérité clinique : l'élément vésanique prend sa source dans un germe congénital; le délire a une existence isolée, parfaitement indépendante de l'altération acquise. Celle-ci apporte bien un contingent spécial qui peut, suivant son étendue et son siège, restreindre ou développer le délire, mais son action reste toujours accidentelle.

Les autres réflexions que je pourrais ajouter, ne diffèrent pas sensiblement de celles qui ont été soulevées à propos de la paralysie générale, considérée chez les héréditaires dégénérés. Marche lente et irrégulière, brusques rémissions, double forme, etc., en un mot l'ensemble des phénomènes constitutifs de l'état mental relève d'un terrain spécialement préparé.

Observation XXIV. (Personnelle). — *Hérédité névropathique. — Stigmates physiques et psychiques de dégénérescence apparaissant dès l'enfance. — Modifications du caractère et des tendances, surtout vers la trentième année ; vie dissipée. Syphilis vers la même époque, en* 1878. *En* 1880, *hémiplégie gauche améliorée par*

un traitement spécifique. — Lésion cérébrale circonscrite. Etat mental avec alternatives d'excitation et de dépression, de délire ambitieux et de délire mélancolique. En 1882, *délire ambitieux. En* 1883, *accès mélancolique et hypochondriaque. Au mois de septembre* 1883, *alternance régulière des idées dépressives et des conceptions ambitieuses, pendant plusieurs jours. Plus tard, mélange des deux formes délirantes. — Démence progressive.*

M. L..., trente-huit ans, compte, dans son ascendance pathologique, un père mort à un âge avancé, des suites d'une maladie du cœur, et une mère très émotive, très nerveuse, traitée volontiers de « maniaque » dans son entourage. Une sœur aînée de M. L... est également très impressionnable. Quant au malade lui-même, si son hérédité paraît mitigée, l'ensemble des phénomènes qu'il a offerts, dès la première enfance, lui assigne une place parmi les dégénérés. M. L... naquit faible et scrofuleux ; des suppurations, des abcès multiples se montrèrent fréquents et rebelles; à trois ans, une otite perfore le tympan de l'oreille gauche ; la cloison nasale s'altère. Le développement organique se fait tardivement, et à l'âge de sept ans, M. L... avait encore de la difficulté à marcher.

La déformation physique ne s'est pas cependant accusée, et aujourd'hui M. L... présente des apparences ordinaires. Toutefois, à une taille petite répond un système cellulo-adipeux développé. Le crâne est court, aplati d'arrière en avant, la face asymétrique; les oreilles ont une épaisseur exagérée, l'ouïe est dure à gauche.

Le niveau intellectuel n'a jamais été fort élevé. Très en retard pour ses classes, M. L... n'a pu atteindre au baccalauréat ès lettres qu'après avoir échoué huit ou neuf fois. Plusieurs années d'études, à l'Ecole de droit, ne lui suffisent pas pour obtenir le diplôme de licencié.

Il entre alors comme clerc dans une étude d'avoué, et remplit assez méthodiquement ses fonctions; il n'accuserait en somme rien de très anormal, si une opinion surfaite de lui-même et une pointe de jalousie à l'égard d'un de ses parents n'enlevaient à ses tendances un caractère absolument régulier.

Jusqu'à cette époque aussi, soit par orgueil soit par retenue

réelle, il était resté éloigné de toute fréquentation, menant d'ailleurs une vie bien ordonnée, un peu trop sévère même pour les distractions de son âge, et se refusant par exemple à admettre qu'un homme pût avoir des maîtresses.

Mais ce puritanisme excessif va bientôt céder le pas à l'exagération contraire. En 1875, vers sa trentième année, des modifications de conduite sont d'autant plus appréciables chez M. L... que, tout d'abord, il a été plus rangé. Ses habitudes deviennent dissipées presque subitement; il se lance même dans la débauche, ne s'occupant plus que des moyens de trouver de l'argent et de se livrer à ses goûts dépravés. Pour faire face à des dépenses peu en rapport avec sa fortune, il spécule sur les valeurs de Bourse, jusqu'au jour où des pertes considérables et les sollicitations de sa famille, enfin entendues, l'obligent à quitter la place. Il s'éloigne de Paris, mais sa manière de vivre n'en reste pas moins irrégulière, et, en 1878, il est atteint d'accidents syphilitiques que des soins appropriés font néanmoins disparaître.

En 1880 cependant, il revient à Paris, et continue à s'abandonner aux hasards de l'existence, quand, une nuit, il est frappé par une attaque de paralysie. Un traitement spécifique améliore rapidement l'hémiplégie gauche et l'embarras de la parole que présente le malade. D'ailleurs, le côté somatique seul a été atteint, et l'on peut songer, quelques mois plus tard, à chercher une occupation à M. L... Tentative inutile! Son caractère devient de plus en plus bizarre et difficile. Il trouve successivement plusieurs emplois, mais il se fait renvoyer coup sur coup. Non seulement son incapacité est notoire, il l'exagère encore par son mauvais vouloir qui le porte à considérer tout service comme humiliant.

Son genre de vie rentre alors complètement dans le domaine pathologique : il se pare de titres qu'il n'a pas, il sollicite des hommes de loi la vente de terres hypothétiques; à bout de ressources et de crédit, il fréquente encore les restaurants à la mode, et quand il s'agit de payer, il se contente de donner l'adresse de ses parents.

Nous voyons le malade, au mois de septembre 1882. Le désordre mental se traduit par de l'exaltation et du délire ambitieux. M. L... ne doute de rien, se dit en rapport avec

les plus hauts personnages, prétend avoir traité les affaires les plus importantes; un grand journal de Paris lui paye 500 francs chacun de ses articles. Avec un aplomb imperturbable et une inconscience sans limite, il donne les détails les plus circonstanciés sur ses relations intimes avec les plus nobles dames. Relativement modeste pour lui-même, il est comte seulement et n'a que 25 000 francs de rente.

Cet état mental s'accompagnait d'un certain embarras dans la prononciation, d'inégalité pupillaire, de parésie du bras et de la jambe gauches.

Cette dernière limitation des troubles de la motilité en l'absence d'attaque récente, le bredouillement plutôt que l'hésitation vraie de la parole, la vigueur intellectuelle et la précision apportée par le malade dans ses réponses, nous firent écarter le diagnostic de paralysie générale. En effet, nous étions en présence de troubles cérébraux coïncidant (1) avec une lésion localisée, probablement de nature syphilitique.

Malgré un traitement spécifique, l'état ne change pas durant les mois d'octobre et de novembre. Par intervalles, il survient de l'excitation poussée parfois jusqu'aux actes violents contre l'entourage. Les idées ambitieuses conservent le même caractère. M. L... écrit à un notaire de Paris : « Pensez-vous à la vente de mon domaine de C...? Avez-vous fait la publicité nécessaire ? Indiquez l'adjudication pour dimanche prochain. Je suis très pressé d'argent. — *Signé :* Comte G.-L. » Est-il utile d'ajouter que ce titre et ce domaine sont fictifs?

Dans une autre circonstance, il fait à qui veut l'entendre l'annonce de son mariage. Il écrit à la dame de ses pensées, jeune personne qu'il n'a vue cependant qu'une fois :

« Mademoiselle, je vous aime et vais aller voir madame votre mère pour lui demander votre main, car je veux faire de vous ma femme légitime. Je vous aime à la folie, du plus profond de mon cœur, et je vous adore comme un ange pur que vous êtes. Je sens que je ne chérirai jamais d'autre

(1) J'emploie le terme « *coïncidant* » pour bien spécifier que la lésion cérébrale et le délire n'entrent pas en relation absolue de cause à effet. Le délire, en germe, n'attendait qu'une occasion pour éclater; la lésion est intervenue comme incident favorable à cette éclosion.

femme que vous, et ne veux en avoir jamais d'autre. Parlez encore, je vous en prie; votre voix est si douce et si charmante ! Je vous adore, et pour vous je voudrais mourir. Je vous embrasse comme je vous aime, c'est-à-dire bien fort. — Votre futur mari.

Signé : « Comte G.-L. de C. »

Dans le courant de décembre, nous ne trouvons à noter, avec le même fond délirant, qu'une certaine négligence dans la tenue.

Au mois de janvier 1883, l'état mental s'améliore presque subitement. Non seulement les conceptions ambitieuses tendent à disparaître, mais l'attitude réservée et calme du malade, l'intérêt et l'affection qu'il montre pour ses parents, l'intention formelle, exprimée à plusieurs reprises, de se ranger à l'avenir et de ne plus recommencer ses folies d'autrefois, pourraient donner le change et faire croire à une guérison. L'amélioration physique ne s'est pas moins accusée; la parole est redevenue nette, le côté gauche du corps reste très faiblement atteint.

Ses lettres du mois de février, en dehors d'un certain reflet de satisfaction, ne laissaient entrevoir aucune idée délirante, quand, tout à coup, M. L... s'attriste, et quelques préoccupations hypochondriaques se font jour. Peu à peu, ce sont des lamentations incessantes; le malade se plaint de ne pouvoir manger, de ne pas dormir, de ne plus avoir de vêtements, etc.

Ces tendances s'accentuent, en mars, et la phase dépressive se trouve, au mois d'avril, à son apogée. L'abattement est profond; il faut habiller, nourrir le malade, qui ne sort de son mutisme que pour exprimer des idées mélancoliques : « Il ne peut plus avaler; il est fini, perdu sans retour » etc.

Parfois il s'excite, opposant de la résistance à tout acte déterminé. La dépression s'accompagne même de réaction fébrile : le pouls est petit et fréquent, la peau chaude.

Dans le courant de mai, rémission légère; M. L... sort de sa torpeur, mais les idées tristes n'en persistent pas moins. Par intervalles, l'anxiété est plus vive et l'expression délirante plus caractérisée : le malade ne peut rester en place; il dé-

chire ses vêtements, se barbouille d'ordures, exprime la crainte d'être tué. Souvent il refuse l'alimentation parce que, dit-il, « on lui fait manger de la chair humaine; — sa bouche est une infection. »

Ce délire mélancolique et hypochondriaque n'est pas près de disparaître. Pendant les mois de juin et de juillet, il va persister avec des alternatives, mais toujours plus ou moins actif.

Au mois d'août cependant, l'attitude devient meilleure, moins concentrée. Les idées sont moins confuses, mais il reste de la sensiblerie et des tendances hypochondriaques. M. L... se plaint de souffrir *horriblement* : « des insectes trouvent passage par ses manchettes, par le bas du pantalon, par son col de chemise, en un mot par toutes les ouvertures de ses vêtements, pour le couvrir d'affreux boutons et d'énormes cicatrices. »

Parfois « il n'a ni bouche ni dents ». Il exprime des craintes encore plus pénibles; on lui aurait « donné des herbes pour l'empoisonner ». Pointilleux, susceptible, il exige un duel d'une personne qui, par mégarde, a laissé tomber une goutte de lait sur sa bottine. Il récrimine contre tout et contre tous. Ses parents, ses amis, son entourage, se conduisent avec lui d'une façon abominable. Il prétend qu'on lui donne des bains de tabac. « Il a, dit-il, une horrible chambre où il n'a jamais pu fermer l'œil, parce que le plafond, lézardé, va tomber sur sa tête, que les fenêtres restent ouvertes du matin au soir et du soir au matin. »

Je dois dire pourtant que cet état n'est pas continu; on trouve au contraire le malade habituellement calme et rassuré. J'ajoute que, durant cette longue période, aucune idée de satisfaction ne s'est montrée; les écrits du malade font voir même qu'il a dépouillé toute personnalité fictive pour en revenir à être simplement M. L...

Pendant le mois de septembre surtout, le retour vers l'état normal avait commencé à s'accuser. L'amélioration prenait une allure assez rapide, les idées mélancoliques tendaient à s'effacer, quand, dans les premiers jours d'octobre, probablement sous l'influence d'un *ictus* cérébral passé inaperçu, on put remarquer, chez le malade, de l'embarras de la parole

(qui se caractérisa de jour en jour), et l'abaissement de la commissure labiale gauche. Pupilles contractées; parfois la droite paraîtra un peu plus large. Les troubles de la motilité ne sont pas autrement étendus.

Presque en même temps, apparaissent des idées de satisfaction : M. L... est content de tout; « il ne s'est jamais mieux porté; il a une mémoire prodigieuse. »

Le lendemain, il se montre impatient, d'une malveillance inaccoutumée, et il refuse de manger.

Changement à vue, le jour suivant. Redevenu expansif et satisfait, le malade s'excuse de ce qu'il a pu dire de désagréable la veille. La parole est bredouillée.

L'aspect change de nouveau, le lendemain. Excitation s'accompagnant d'idées dépressives : « on l'expose aux courants d'air ; — on jette dans ses aliments du charbon, des matières fécales ; — on s'introduit, la nuit, dans sa chambre, pour uriner sur ses matelas, sur ses mollets, jusque dans sa bouche, etc. »

Ces alternatives vont se succéder, quotidiennement, du 5 au 12 octobre, avec une régularité presque mathématique. Aujourd'hui excité, déchirant ses vêtements, exprimant des craintes imaginaires, se lamentant sans motifs ; demain, au contraire, on retrouvera le malade bienveillant et tranquille.

A partir du 12, l'alternance devient irrégulière. Dans le courant d'une même journée, M. L... est triste ou gai, passe de la violence à la douceur avec une facilité extrême.

Actuellement d'ailleurs (décembre 1883), un certain degré d'amélioration se fait sentir. La prononciation est plus nette, l'agitation moins désordonnée, mais le délire forme un mélange bizarre et incohérent d'idées enfantines, de conceptions ambitieuses, de plaintes et d'accusations. Au moment où le malade vous dira qu'il est bachelier, docteur, qu'il est sorti le premier de toutes les écoles, que Louis-Philippe tutoyait son père et sa mère, etc., il s'arrêtera pour vous faire remarquer que le monsieur qui passe a un fort joli pardessus, ou bien pour proférer des insultes et récriminer contre son entourage.

Depuis que cette observation a été rédigée, il est survenu quelques phénomènes dont la mention peut être intéressante. Du côté délirant proprement dit, rien de particulier cependant. Un peu de sensiblerie, des idées mélancoliques, continuent à se mêler aux conceptions ambitieuses ; l'irritabilité et l'excitation succèdent facilement au calme. Parfois, quelques hallucinations de l'ouïe sollicitent le malade. Jusqu'à ce jour, le niveau intellectuel se maintient assez élevé, et la mémoire surtout conserve une précision remarquable, quand, le 16 avril 1884, M. L... est pris subitement de secousses dans les deux membres supérieurs ; la main droite et les doigts sont en contracture ; la tête tourne successivement dans tous les sens. Cette attaque épileptiforme, sans perte de connaissance, dure environ dix minutes. Les troubles de la motilité se réparent bientôt, mais à partir de cet *ictus*, les facultés baissent progressivement d'une façon très notable, l'état mental se dissout peu à peu, la parole s'embarrasse de plus en plus, et, finalement, après quelques alternatives sans caractère, le malade tombe en déchéance complète.

CONCLUSIONS

Qui dit folie, dit hérédité! C'est le principe qu'il faut admettre, en thèse générale (1).

Il y a donc *mieux et plus* que des indices permettant de reconnaître, en l'absence de notions sur les antécédents, si une affection mentale est héréditaire. L'étude clinique immédiate suffit non seulement pour affirmer la prédisposition, mais encore pour apprécier le degré même du trouble congénital. A cet égard, les renseignements (complément sinon indispensable, au moins toujours précieux comme contrôle) seraient parfois insuffisants ou inexacts; l'examen seul du malade fournit les éléments décisifs, reste la vraie pierre de touche de sa modification. A telle empreinte d'hérédité répond telle forme mentale.

La base de cette connaissance repose, principalement, sur la distinction que nous avons établie entre l'*héréditaire simple* et l'*héréditaire dégénéré*. En réalité, ce dernier formulant la plus haute expression de l'aliénation transmise, et présentant, dans les symptômes et l'évolution de

(1) Voir, à ce sujet, l'*Avant propos* ainsi que la note de la page 5.

la maladie, des caractères spéciaux, c'est à lui qu'il convient de réserver le nom de *fou héréditaire*.

§. — Les traits fondamentaux de la dégénérescence (considérée chez l'adulte, comme chez l'enfant) peuvent être ramenés à deux groupes principaux :

1° *Terrain de préparation :*

a. — *Signes d'ordre physique.* Ils n'ont rien de fixe et donnent lieu à des présomptions plutôt qu'à des certitudes. — Ce sont des irrégularités dans l'arrangement organique, des infirmités partielles, des anomalies par excès ou par défaut.

b. — *Signes d'ordre intellectuel et moral.* Plus ou moins accusés, mais constants. — Ils consistent dans un manque d'équilibre des facultés. Tantôt, à un niveau intellectuel normal correspond une situation morale défectueuse; tantôt, au contraire, l'intégrité des sentiments et des penchants s'accompagne de lésions de l'intelligence; enfin, la pondération peut exister, mais si instable, qu'elle est incapable de résister au moindre choc.

2° *État délirant :*

a. — *Insignifiance des causes déterminantes. Marche irrégulière* du délire qui, s'installant et se développant avec la plus grande facilité, prend d'emblée n'importe quelle forme (ambitieuse, mystique, de la persécution, etc.), sans tendance à l'évolution systématique. — Accès paroxystiques avec alternatives brusques. Rapidité dans le début et la disparition des phénomènes. Prédominance de l'élément impulsif sur les troubles sensoriels.

b. — *Obsessions et impulsions instinctives, avec conservation de l'intelligence.* Syndromes épisodiques des héréditaires : folies raisonnantes, folies avec conscience, folies

morales, monomanies instinctives, névroses émotives, terreurs morbides, etc. — Il s'agit là d'une disposition automatique, qui se montre à tout âge, avec les mêmes attributs essentiels, quelles que soient les conditions sociales ou morales du sujet. L'obsession ou l'impulsion, avec leurs caractères d'instinctivité, constituent un signe capital, pathognomonique, qu'on ne rencontre que chez les dégénérés et qui, à lui seul, est un *indice certain* de folie héréditaire.

§. — L'ensemble des manifestations propres à la dégénérescence, prouve, en somme, que l'idiot, l'imbécile et le dégénéré supérieur, appartiennent à une même famille, sont liés par une tare originelle similaire. Est-il besoin de rappeler les analogies de ces types divers? Il suffira de résumer leurs différences, en concluant avec Morel : les vices de structure interne et les anomalies extérieures sont d'autant plus apparents que les individus se trouvent placés plus bas dans l'échelle des dégénérescences; le trouble psychopathique est d'autant plus évident que l'on envisage les degrés inférieurs.

Ce n'est donc qu'une affaire comparative. L'étude progressive de tous ces états permet de s'en rendre compte; on passe alors, insensiblement, de l'organisation rudimentaire au simple arrêt de développement, on va de la difformité qui s'impose à la défectuosité qui se cache, et l'on poursuit ainsi la déchéance physique, intellectuelle et morale, depuis sa formule la plus élevée jusqu'à sa plus étroite limitation.

Et maintenant, faut-il se demander comment s'opère la dégénérescence? Pourquoi, dans ses transitions, n'est-elle pas méthodique et uniforme? Pourquoi, d'une géné-

ration à l'autre, se produit-elle, tantôt successivement, tantôt d'une manière instantanée? Comment expliquer le contraste offert par une même filiation où l'on trouve des débilités mentales à côté de grands talents, des hommes à équilibre parfait à côté d'aliénés? Questions complexes et obscures! Il est certain qu'en dehors de la cause générale, des causes spéciales et individuelles entrent en action. Insister sur ce point, serait dépasser le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

LES HERÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

(*Tableau synoptique de M.* MAGNAN.)

I. — IDIOTIE. IMBÉCILLITÉ. DÉBILITÉ MENTALE.

II. — ANOMALIES CÉRÉBRALES.......... Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.

III. — *a.* DÉLIRE MULTIPLE, se développant d'emblée sans tendance à l'évolution systématique.
- Délire ambitieux.
- — religieux.
- — de la persécution, etc.

b. MANIE RAISONNANTE. — FOLIE MORALE.

IV. — SYNDROMES ÉPISODIQUES DES HÉRÉDITAIRES :

1° Folie du doute.
2° Aboulie.
3° Agoraphobie. Claustrophobie. Topophobie.
4° Aichmophobie.
5°
- *a.* Dipsomanie.
- *b.* Sitiomanie.

6° Pyromanie. Pyrophobie.
7°
- *a.* Kleptomanie. Kleptophobie.
- *b.* Oniomanie.

8° Manie du jeu.
9° Impulsions.....
- homicide.
- suicide.

10° Onomatomanie.
1. Recherche angoissante du nom et du mot.
2. Obsession du mot qui s'impose, et impulsion irrésistible à le répéter.
3. Crainte du mot compromettant.
4. Influence préservatrice du mot.
5. Mot avalé, chargeant l'estomac.

11° Arithmomanie.
12° Écholalie. Coprolalie avec incoordination motrice.
13° Amour exagéré des animaux. Folie des antivivisectionnistes.
14° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles :

a. Spinaux.............
- Réflexe simple.
- Centre génito-spinal de Büdge.

b. Spinaux-cérébraux postérieurs (réflexe cortical postérieur).
c. Spinaux-cérébraux antérieurs (réflexe cortical antérieur).
d. Cérébraux antérieurs.
- Érotomanes.
- Extatiques.

BIBLIOGRAPHIE

AMADEI. — *Mesures craniométriques dans l'examen des aliénés.* In *Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale.* 1881, fasc. 2 et 3.

AUBANEL et THORE. — *Recherches statistiques sur l'aliénation mentale.* Paris, 1841.

AZAM. — *De la folie sympathique.* 1858.

BADIK. — *Aliénés criminels.* In *Virchow's Archiv*, 1884.

BAILLARGER. — *Recherches sur l'hérédité de la folie.* In *Ann. méd. psych.* 1844 et 1866. — *Note sur l'ossification précoce du crâne chez les microcéphales. Ibid.* t. XV. — *Folie à double forme.* Séance de l'*Acad. de méd.* 31 janvier 1854. — *Monomanie avec conscience.* In *Arch. clin. des mal. ment.* 1861. — *Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale.* In *Ann. méd. psych.* 1876.

BALL. — *De la claustrophobie.* In *Annales médico-psychologiques*, nov. 1879. — *Phthisie et folie.* In *Encéphale*, 1881, n° 2. — *Des impulsions intellectuelles. Ibid.* 25 mars 1881. — *De l'érotomanie ou folie érotique. Ibid.* 1883, n° 2.

BANNISTER. — *De la folie émotive.* In *Journ. of nerv. and ment. diseases*, janvier 1880.

BARBASTE. — *De l'homicide et de l'anthropophagie.* Paris, 1856.

BARIOD. — *Études critiques sur les monomanies instinctives.* Thèse de Paris, 1852, n° 163.

BARTON. — *De la dipsomanie.* In *Practitioner*, juin 1879.

BEARD. — *Les sauteurs du Maine.* In *Journ. of nerv. and ment. diseases*, vol. VII, 1880.

BENEDIKT. — *Anatomische Studien an Verbrecher-Gehirnen.* Vienne, 1879. — *Du type à quatre circonvolutions.* In *Centralblatt f. die med. Wissensch*, 1880. — *Platzschwindel.* In *All. Wien. med. Zeit.* 1870, XL.

BERKHAN. — *Les idiots microcéphales.* In *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1880.

BERTHIER. — *Des névroses diathésiques.* Paris, 1875.

BERTILLON. — *Des mariages consanguins.* In *Bulletin de la Soc. d'Anthrop.* 1871.

BIGOT. — *Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale.* Paris, 1877.

BILLOD. — *Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie.* In *Ann. méd. psych.* mars, 1879. — *Maladies de la volonté. Ibid.* t. X, 1847.

BINI. — *Définition et classification des folies.* In *Riv. sperim. di fren. e di med. leg.* 1879, fasc. 3 et 4.

BLANCHE. — *Des homicides commis par les aliénés.* Paris, 1878.

BODIN. — *De la démonomanie; des sorciers.* Paris, 1852.

BONFIGLI. — *Considérations sur la folie morale.* In *Riv. sperim. di fren. e di med. leg.* 1879, fasc. 1 et 2. — *Rapport médico-légal sur l'état mental de C..., accusé d'homicide volontaire. Ibid.* 1885, fasc. 2 et 3.

BONNET (Henry). — *Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale.* Paris, 1882.

BORDIER. — *Étude anthropologique sur une série de crânes d'assassins.* In *Rev. d'Anthrop.* 15 avril 1879.

BOSCREDON. — *Délire des aboyeurs.* In *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 24 nov. 1856.

BOUGEAULT (A.) — *Étude sur l'état mental de J.-J. Rousseau.* Paris, 1883.

BOUCHEREAU. — Art. *Satyriasis.* In *Dict. encycl. des sciences méd.* 1879.

BOURNEVILLE. — *Mémoire sur les conditions de la bouche chez les idiots.* Paris, 1863. — *Recherches cliniques et thérapeuthiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, 1880-81-82-83.

BOURNEVILLE et BONNAIRE. — *Sclérose tubéreuse ou hypertrophie des circonvolutions; idiotie complète.* In *Progrès médical*, 17 déc. 1881.

BRIAND (Marcel). — *Observation de dipsomanie.* In *Mouv. méd.* 8 nov. 1879.

BRIERRE DE BOISMONT. — *Les nécrophiles.* In *Gaz. méd.* juillet, 1845. — *Du suicide et de la folie-suicide*, 1865.

BROCA. — *Crâne et cerveau de l'assassin Lemaire.* In *Bullet. de la Soc. d'Anthrop.* 2e série, t. II, 1867. — *Cerveau de l'assassin Prévost. Ibid.* 1880.

BROWER. — *Folie traumatique.* In *Chicago med. journ.* déc. 1879.

BROWN-SEQUARD. — *Agoraphobia.* In *Arch. of scientific. and pract. méd.*, 1873.

BURCKHARDT. — *Rapport médico-légal sur l'état mental d'un incendiaire.* In *Correspondenz-Blatt für schweizer aerzte*, 15 sept. 1881.

CABANIS. — *Rapports du physique et du moral de l'homme.* Paris, édit. 1844.

CALMEIL. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol. Paris, 1859. — *De la folie*, 2 vol. 1845.

CAMPAGNE. — *Traité de la manie raisonnante.* Paris, 1868.

CAMPBELL CLARK. — *Anomalies dans le cerveau d'un imbécile hydrocéphale.* In *Mental science*, 4e trim. 1879.

CANTARANO. — *Contributo alla casuistica della inversione dell'istinto sessuale.* In *La Psychiatria*, 1883, f. 3.

CASTANG. — *De la marche du délire chronique.* Thèse de Paris, 1882.

CAZAUVIEILH. — *Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes.* Paris, 1840.

CHARCOT. — *Leçons sur les localisations cérébro-spinales.* 1880.

CHARCOT et MAGNAN. — *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles.* In *Arch. de neurol.*, 1882, nos 7 et 12.

CHUDZINSKI. — *Moule du crâne et moule intra-cranien de Menesclou.* In *Bullet. de la Soc. d'Anthrop.* 4e fasc. 1880.

CLOUSTON. — *Alternatives, périodicité et rechutes dans les maladies mentales.* In *Edinburgh med. Journ.*, juillet 1882. — *La tuberculose et l'aliénation mentale.* In *Ann. méd. psych.* 1878.

CLOUSTON et SKAE. — *Folie rhumatismale.* In *Annales médico-psychologiques*, 1878. CONGRÈS INTERNATIONAL des sciences anthropologiques au palais du Trocadéro, 16-21 août 1878 : *Crânes et cerveaux de criminels* = discussion par MM. Benedikt (de Vienne), Broca, Bordier, Dally et Topinard.

COINDREAU. — *Symptômes physiques de la folie au point de vue de la simulation.* Thèse de Paris, 1880, n° 163.

Cordes. — *Die Platzangst.* In *Archiv f. Psych.* 1872.
Cotard. — Art. *Folie.* In *Dict. encycl. des sciences méd.* 1878.
Crichton Browne. — *Du poids du cerveau chez les aliénés.* In *Brain*, avril 1879.
Cullerre. — *Dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux.* In *Ann. méd. psych.* nov. 1884.
Dagonet. — *Traité des maladies mentales.* Paris, 1862. — *De la folie impulsive.* In *Ann. méd. psych.* 1870. — *Folie morale et folie intellectuelle. Ibid.* janvier 1877.
Danillo. — *Recherches cliniques sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales.* In *Rev. de méd.* 1882. — *Maladies sexuelles chez les aliénées.* In *Arch. de neurol.* 1882.
Darwin. — *De l'origine des espèces par sélection naturelle*, 1859.
Dechambre. — *De l'agoraphobie.* In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1873.
Delasiauve. — *De la monomanie au point de vue psychologique et légal.* In *Annales médico-psychologiques*, 1859. — *Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses.* Paris, 1859. — *De la responsabilité des aliénés.* In *Progrès médical*, 1881, n° 43. — *Classification des folies.* Paris, 1882.
Delisle. — *Contribution à l'étude des déformations artificielles du crâne.* Thèse de Paris, 1880.
Dietrich. — *Du délire impulsif chez les marins.* In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1855.
Dourtot. — *De la folie des onanistes.* Thèse de Paris, 1880, n° 45.
Doutrebente. — *Études sur les aliénés héréditaires.* In *Ann. méd. psych.* 1869. — *Des différentes espèces de rémissions dans la paralysie générale progressive. Ibid.* mars 1878. — *Recherches sur la paralysie générale.* Thèse de Paris, 1870. — *Note sur la marche de la par. gén. chez les héréditaires.* In *Ann. méd. psych.*, mars 1879.
Ducatte. — *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme.* Thèse de Paris, 1880, n° 382.
Duhaut. — *Considérations sur l'agoraphobie.* Thèse de Paris, 1879, n° 66.
Dunlop. — *Exemples d'hérédité.* In *Mental science*, 1881.
Eastman. — *Un cas de kleptomanie.* In *American Journ. of Insanity*, oct. 1878.
Enrico Ferri. — *Rapport sur les travaux du premier congrès international d'anthropologie criminelle.* Séance de clôture, 23 nov. 1885. Rome.
Esquirol. — *Des maladies mentales.* 2 vol. Paris, 1838.
Falk. — *Sur quelques accusations pour attentats à la pudeur. Soc. psych. de Berlin*, 15 déc. 1883.
Falret (J.-P.). — *De l'hypochondrie et du suicide.* Paris, 1822. — *Folie circulaire.* Séance de l'*Acad. de méd.* 14 Février 1854. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* 1864.
Falret (J.). — *De la folie raisonnante ou folie morale.* Paris 1866. — Art. *Responsabilité légale des aliénés.* In *Dict. encycl. des sciences méd.* 1876.
Ferrier. — *Les fonctions du cerveau.* Trad. franç. 1878. — *Le cerveau d'une aliénée criminelle.* In *Brain*, janv. 1882.
Finance (A. de). — *État mental des aphasiques.* Thèse de Paris, 1878.
Flesch (Max). — *Recherches sur le cerveau des criminels.* Würzburg, 1882.
Fortineau. — *Des impulsions au cours de la paralysie générale.* Thèse de Paris, 1885.
Fournier. — Art. *Alcoolisme.* In *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* t. II. — *La syphilis du cerveau.* Paris, 1879.
Foville (Ach. fils). — Art. *Dipsomanie.* — *Folie.* — *Folie à double forme.*

— *Folie instinctive.* In *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* 1871-72. — *Le criminel au point de vue anatomique et physiologique.* Paris, 1880.

Fritsch. — *Contribution à l'étude de la folie impulsive; Rapport médico-légal sur un cas d'affaiblissement psychique primitif.* In *Jahrbüch für Psychiatrie*, IV, 1884. — *Diagnostic général de la folie.* In *Wiener Klinik*, 1881, fasc. 8.

Froenkel. — *Modification de la conformation du crâne chez les fous.* In *Allg. Ztschr. f. Psych.* 1880.

Galangau. — *Considérations sur quelques cas de dipsomanie avec alcoolisme consécutif.* Thèse de Paris, 1880, n° 221.

Gall. — *Sur les fonctions du cerveau.* Paris, 1825.

Garcia Rijo. — *Contribution à l'étude de la folie puerpérale.* Thèse de Paris, 1879.

Garnier (P.-E.). — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions.* Thèse de Paris, 1877. — *Coexistence chez un épileptiqne d'un double délire.* In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1880. — *Impulsions bizarres chez un mélancolique faible d'esprit.* In *Arch. de neurol.* 1881, n° 5.

Gasquet. — *De la folie morale.* In *Mental science*, 1882.

Gaussail. — *De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse.* Paris, 1845.

Gauthier (G.). — *De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires.* Thèse de Paris, 1883.

Gélineau. — *Épilepsie compliquée d'agoraphobie.* In *Tribune méd.* 1880, n° 607.

Georget. — *Considérations sur la folie.* Paris, 1820. — *Discussion médico-légale sur la folie.* 1826.

Gérente (P.). — *Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie.* Paris, 1883.

Gilles de la Tourette. — *Jumping, Latah, Myriachit.* In *Arch. de neurol.* juillet 1884. — *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. Ibid.* janvier et mars 1885.

Giraud. — *Revue de médecine légale.* In *Ann. méd. psych.* mars, 1881.

Gley. — *Des aberrations de l'instinct sexuel.* In *Rev. philosophique*, janvier 1884.

Gock. — *Sur le sens sexuel contraire.* In *Archiv f. Psych.* 1876.

Gorry. — *Des aliénés voleurs; non-existence de la kleptomanie et des monomanies en général comme entités morbides.* Thèse de Paris, 1879, n° 288.

Gosse. — *Essai sur les déformations artificielles du crâne.* Paris, 1855.

Gray. — *Du suicide.* In *Americ. Journ. of Insanity*, juillet 1878.

Griesinger. — *Traité des maladies mentales.* Traduction française, 1865. — *Ueber einen wenig bekannten psychopatischen Zustand.* In *Arch. f. Psych. und nervenk.* 1868-69.

Guislain. — *Traité sur l'aliénation mentale.* Amsterdam, 1826. — *Leçons orales sur les phrénopathies.* 3 vol. Gand, 1852.

Hammond. — *Myriachit; nuova malattia del systema nervoso.* In *La Medicina contemporanea*, mars 1884. In *Union méd.*, avril 1884.

Heger et Dallemagne. — *Caractères craniologiques d'une série d'assassins belges.* Bruxelles, 1882.

Ireland (W.). — *L'histoire de la névrose héréditaire dans la famille royale d'Espagne.* In *Mental science*, 3e trim. 1879.

Jacoby (P.). — *Étude sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme.* Paris, 1881. *De la monomanie impulsive.* Thèse de Berne, 1869.

JULIUS NATHAN. — *Sur la localisation des fonctions cérébrales dans les hémisphères cérébraux chez l'animal et chez l'homme.* In *Revue internationale des sciences biologiques*, janvier-février 1883, fasc. 1 et 2.

KELP. — *De la folie chez l'enfant. Der Irrenfreund,* XXI, 1879.

KIND. — *De l'influence de l'ivrognerie sur la genèse de l'idiotie.* In *All. Zeitschr. f. Psych.* XL, 1884.

KIRN. — *Les psychoses pénitentiaires.* In *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1880. — *Sur la signification clinique et légale de l'impulsion sexuelle pervertie. Ibid.* 1882. — *Les psychoses périodiques.* Stuttgard, 1878.

KNECHT. — *Sur l'extension de la dégénérescence physique chez les criminels, et sur les rapports qui existent entre les signes de dégénérescence et les névropathies. Soc. psych. de Berlin,* mars 1883.

KOHN (Richard). — *Condamnations réitérées d'un aliéné.* In *Viertelj. f. gericht. med.* 1882.

KRAFFT-EBING. — *De la responsabilité criminelle dans les états de troubles intellectuels.* Traduction française du Dr Châtelain, *Conträre sexualempfindung.* In *Archiv f. Psych.* 1877. — *Lehrbuch der Psychiatrie auf Klinischer Grundlage für practische Aerzte und studirende,* 3 vol. Stuttgart, 1879-80. — *De la folie d'origine masturbatrice chez l'homme. Der Irrenfreund*, 1878.

KRUEG (Julius). — *Sur la perversion des instincts sexuels.* In *Brain*, oct. 1881.

LABORDE — *Les hommes et les actes de l'insurrection devant la psychologie morbide.* Paris, 1872.

LACASSAGNE. — *Du criminel devant la science contemporaine.* In *Rev. scientifique*, 1881, n° 22. — *L'homme criminel comparé à l'homme primitif.* In *Lyon médical*, 5 février 1882.

LAGARDELLE. — *De la responsabilité partielle des aliénés.* Paris, 1881.

LANCEREAUX. — Art. *Alcoolisme.* In *Dict. encycl. des sciences méd.*

LAGNEAU. — *Des déformations céphaliques en France.* In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1879, nos 5 et 6.

LASÈGUE. — *Lésions encéphaliques dans un cas de folie morale. Soc. méd. psych.* séance du 27 nov. 1876. — *Les exhibitionnistes.* In *Union méd.* mai 1877. — *Le vol aux étalages.* In *Arch. gén. de méd.* février 1880. — *La mélancolie perplexe. Ibid.* nov. 1880.

LASÈGUE, BROUARDEL et MOTET. — *Rapport sur l'état mental de Menesclou.* In *Annales d'hygiène publique*, nov. 1880.

LASÈGUE et J. FALRET. — *La folie à deux ou folie communiquée.* In *Ann. méd. psych.* nov. 1877.

LAUVERGNE. — *Les Forçats, considérés sous le rapport physiologique, moral et intellectuel.* Paris, 1841.

LEGRAND DU SAULLE. — *De la monomanie impulsive.* Thèse de Paris 1856. — *La folie devant les tribunaux*, 1864. — *Leçons sur la folie héréditaire*, 1873. — *La folie du doute avec délire du toucher*, 1875. — *Étude clinique sur la peur des espaces*, 1878. — *Des signes physiques des folies raisonnantes; état mental de Sandon.* Paris, 1878.

LEHMANN. — *Contribution à la casuistique de la folie à deux.* In *Archiv für Psych.* XIV, 1884.

LEIDESDORF. — *Des formes de l'aliénation mentale.* In *Wien. med. Woch.*, 1880.

LÉLUT. — *De l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la raison des détenus.* Séance de l'*Académie des sciences*, 23 mars 1844. — *L'amulette de Pascal*, 1846. — *Le démon de Socrate*, 1856.

LENHOSSEK. — *Des déformations artificielles du crâne.* Trad. franç. Budapest, 1878.

LEURET. — *Fragments psychologiques sur la folie.* Paris, 1834.

LIONNET. — *Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie.* Thèse de Paris, avril 1878.

LISLE. — *Du suicide.* Paris, 1856.

LOMBROSO. — *Sur quelques formes nouvelles de maladies mentales.* In *Giorn. della Acad. di med. di Torino*, octobre-décembre, 1880. — *Sul mancinismo motorio e sensorio nel sano, nel pazzo, sordo-muto, cieco nato e nel criminale.* Turin, 1884.

LOMBROSO et BIANCHI. — *Rapport médico-légal sur Salvatore Misdea.* Analyse in *Rev. scientifique*, 14 mars 1885.

LORIN (Marc). — *Aperçu général de l'hérédité et de ses lois.* Thèse de Paris, 1878.

LUCAS (P.). — *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, 2 vol. Paris, 1847-50.

LUYS. — *Le cerveau et ses fonctions*, 1878. — *Traité clinique et pratique des maladies mentales.* Paris, 1881.

MACCABRUNI. — *Observation de folie-suicide.* In *Centralb. für Nervenheilkunde*, 1er avril 1884.

MACLAREN. — *Hydrocéphalie et absence du corps calleux chez un idiot.* In *Edinburgh med. Journ.* janvier, 1879.

MAGNAN. — *De l'alcoolisme.* Paris, 1874. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* In *Arch. de neurologie*, 1880, n° 1. — *Leçons sur la paralysie générale.* In *Trib. méd.* 29 février et 7 mars 1880. — *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*, 1881. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, 1882. — *Idiotie et imbécillité; folie chez un enfant; folie morale.* In *Journ. de méd. et de chir. prat.* 1882. — *Leçons cliniques sur la folie héréditaire*, 1882 et 1883. — *De la folie des antivivisectionnistes.* Séance de la *Soc. de biologie*, 23 février 1884. — *Les délirants chroniques et les dégénérés.* In *Gaz. des hôpit.* 22 et 26 avril 1884. — *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.* Séance de l'*Acad. de méd.* 13 janvier 1885.

MAIRET. — *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale, chez la femme.* In *Montpellier médical*, oct. 1880, mai, juillet, nov. et déc. 1881, janvier, avril 1882.

MALHERBE. — *Essais sur la dipsomanie.* In *Annales médico-psychologiques*, 1872.

MANDON. — *De la folie instantanée, temporaire, instinctive.* Thèse de Paris, 1862.

MANNING. — *Un cas de folie morale.* In *Mental science*, 1882.

MANZ. — *Des anomalies congénitales de l'œil dans leurs rapports avec les maladies mentales et nerveuses. Congrès de Bade*, 15 juin 1884. In *Arch. de neurol.* janvier 1885.

MARANDON DE MONTYEL. — *De la paralysie générale progressive chez les héréditaires.* In *Ann. méd. psych.*, nov. 1878. — *Contribution à l'étude de la folie à deux. Ibid.* janvier 1881. — *Recherches cliniques sur la folie avec conscience.* Paris, 1883.

MARC. — *Consultation médico-légale sur la fille H. Cornier.* Paris, 1826. — *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 2 vol. 1840.

MARCÉ. — *Traité pratique des maladies mentales.* Paris, 1862.

MARTEN. — *Femme kleptomane*, etc. In *Viertelj. für gericht. Med. und œffen. sanit.* juillet 1879.

Martin (L.). — *Étude sur la folie puerpérale.* Thèse de Lille, 1880, nº 17.
Martinenq. — *De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions.* Thèse de Paris, 1880.
Maudsley. — *Crime et folie.* Trad. franç. 1874. — *La pathologie de l'esprit.* Trad. du Dr Germont, 1883.
Max-Simon. — *Crimes et délits dans la folie.* 1885.
Menière. — *Du mariage entre parents.* Séance de l'*Acad. de méd.* 29 avril 1856.
Mercier (Charles). — *La nature de l'aliénation mentale.* In *Mental science*, 1882.
Michéa. — Art. *Démonomanie.* In *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* 1872. — *Sur les caractères qui permettent de distinguer la perversion maladive de la perversité morale.* In *Ann. méd. psych.* 1852.
Mierzejewsky. — *Contribution à l'étude des localisations cérébrales; observation de porencéphalie fausse double.* In *Archives de neurologie*, 1881, nos 3 et 4.
Moeli. — *Un cas d'agoraphobie*, etc. In *Berliner Klin. Woch.*, 4 avril 1881.
Mœbius. — *Sur les familles névropathiques.* In *All. Zeitsch. f. Psych.* XL, 1883.
Moreau (de Tours). — *Conditions anatomo-pathologiques de la folie.* In *Ann. méd. psych.* 1855. — *Sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie.* In *Union méd.* 1853. — *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire.* Paris, 1859.
Moreau (P.). — *Des aberrations du sens génésique.* Paris, 1880.
Morel. — *Considérations médico-légales sur un imbécile érotique, convaincu de profanation de cadavres.* In *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* 1857. — *Études cliniques*, 2 vol. 1851-52. — *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.* Paris, 1857. — *Traité des maladies mentales*, 1860. — *Du délire émotif.* In *Arch. gén. de méd.* 1866.
Morer. — *Études statistiques sur le suicide en France.* Thèse de Paris, 1878, nº 124.
Morselli. — *Il suicidio, saggio di statistica morale comparata.* Milan, 1879.
Morselli et Angelucci. — *Etude médico-légale sur un cas de parricide.* In *Raccoglitore medico*, 20 mars 1880.
Morselli et Tamburini. — *Contributo allo studio delle degenerazioni fisiche e morali dell'uomo : gli idioti.* In *Riv. sperim. di Freniatria*, 1875-78.
Motet. — *Les aliénés devant la loi.* Paris, 1866.
Mugnier. — *De la folie consécutive aux maladies aiguës.* Paris, 1865.
Murraté. — *Des troubles mentaux dans l'asystolie.* Thèse de Paris, 1880, nº 44.
Nicolson (David). — *De la mesure de la responsabilité individuelle et sociale dans les cas criminels.* In *Journal of Mental science*, 3e trim. 1878.
O'Brien. — *Latah.* In *Journ. of the Straits branch of the roy. Asiatic Society*, juin 1883.
Palmerini. — *Sur la question de la folie morale.* In *Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.* 1879, fasc. 1 et 2.
Parant. — *Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit.* In *Revue méd. de Toulouse*, janvier 1881.
Parchappe. — *Symptomatologie de la folie.* In *Ann. méd. psych.* 1850-51.
Passow (W.). — *Trouble mental* (manie procédurière). In *Vierteljahrsschrift für gerichtliche medicin*, juillet 1881.
Peisse (L.). — *La médecine et les médecins.* 1857.

PELI. — *Céphalométrie*. In *Archivio italiano per le malatie nervose*, 1884.

PERROUD. — *Note sur l'agoraphobie*. In *Lyon médical*, 1873.

PHILO INDICUS. — *Folie émotive avec violence homicide*. In *Mental science*, 1882.

PINEL. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1809.

PRICHARD. — *A Treatise on insanity*. Londres, 1835. — *On the different forms of Insanity in relation to jurisprudence*. 1842.

RABOW. — *Sensation sexuelle contraire. Société de psych. de Berlin*, avril 1883.

RAFFEGEAU. — *Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme*. Thèse de Paris, 1884.

RÉGIS. — *La folie à deux ou folie simultanée*. Paris, 1880.

RENAUDIN. — *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*. 1854.

RESPAUT. — *Du délire épileptique*. Thèse de Paris, 1883.

RIBOT. — *L'hérédité psychologique*, 2e édit. Paris, 1882. — *Les maladies de la volonté*, 3e édit. 1885. — *Les maladies de la personnalité*, 1885.

RICARD. — *Troubles de la sensibilité génésique à l'époque de la ménopause*. Thèse de Paris, 1879.

RITTI. — Art. *Folie avec conscience*. — *Folie à double forme*. — *Folie du doute avec délire du toucher*. In *Dict. encycl. des sciences méd.* 1878. — *De la claustrophobie*. In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1880, n° 4.

REICH (Hubert). — *De la folie transitoire, chez les enfants*. In *Berliner Klinische Wochenschrift*, 16 et 23 août 1880.

RILLIER (de Genève). — *Influence de la consanguinité sur les produits du mariage*. In *Union méd.* 24 mai 1856.

ROSSIGNOL. — *Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare*. Thèse de Paris, 1856.

ROUSSEAU. — *De la monomanie incendiaire*. In *Ann. méd. psych.* nov. 1881.

SANDER. — *Présentation d'un cerveau d'idiot paralytique, caractérisé surtout par l'absence du corps calleux*. In *Berliner Klin. Wochens.* janvier 1880.

SANKEY (Herbert). — *Deux cas d'idiotie avec microcéphalie, dans une famille; convulsions de la mère pendant la grossesse*. In *Brain*, oct. 1878.

SAURY. — *Des troubles intellectuels dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, mai 1879, n° 242.

SAVAGE. — *De la folie chez l'enfant*. In *Mental science*, janvier 1879. — *Folie morale*. *Ibid.* 1881.

SCHAFER. — *Psychoses circulaires*. In *Neurolog. Centralblatt*, mai 1882. — *Remarques sur les diverses formes de folie*. In *All. gemeine Zeitschrif für Psychiatrie*, 1880.

SCHERPF. — *Étiologie et symptômes des maladies mentales chez les enfants*. In *Jahr. f. Kinderh.* XVI, 1881.

SCHEVEKENDICKE. — *Recherches sur dix cerveaux de criminels et de suicidés*. Würzburg, 1882.

SEGUIN. — *Traitement moral des idiots*. Paris, 1846.

SELLA. — *Résultats craniométriques obtenus chez les sourds-muets*. In *Riv. speriment. di Freniatria*, 1875.

SIACONINI. — *Observations anatomiques et anthropologiques sur le crâne et le cerveau d'une microcéphale*. In *Giornale della Roy. Acad. di Medic. di Torino*, 1876.

SKWORTZOFF (Mlle). — *De la cécité et de la surdité des mots*. Thèse de Paris, 1881.

Société de médecine légale. — *Discussion sur les vols aux étalages et dans les magasins.* In *Ann. d'hyg. publ.*, août et sept. 1880.

Société médico-psychologique. — Séances des 31 janvier, 27 mars, 24 avril, 26 juin 1876. *Discussion sur la folie raisonnante* : MM. Baillarger, Delasiauve, J. Falret, Legrand du Saulle. — Séance du 8 novembre 1880 ; *La responsabilité morale et la responsabilité sociale :* Discussion par MM. Dally et Delasiauve.

Spamer. — *Remarques sur l'hérédité dans les psychoses et les névroses.* In *Berliner Klin. Wochens.*, 4 et 11 avril 1881.

Sommer. — *Contribution à la connaissance des aliénés criminels.* In *All. Zeitsch. für Psych.* XL, 1883.

Spitzka. — *Un cas historique de folie impulsive* (*Samuel Johnson*). In *Journ. of nerv. and ment. diseases,* janvier 1881.

Spurzheim. — *Observations sur la folie*, 1818.

Taguet. — *Les aliénés persécuteurs.* In *Annales médico-psychologiques*, 1876.

Tamburini. — *Sulla pazzia del dubbio con timore del contato, e sulle idee fisse ed impulsive.* In *Riv. sperim. di Freniatria*, 1883. — *Dipsomanie et alcoolisme. Ibid.* 1885, fasc. 2 et 3.

Tamburini et Seppilli. — *Parricidio, fratricidio e tentato matricidio, all'eta di* 16 *anni.* In *Riv. sperim. di Freniatria*, 1882.

Tanzi et Riva. — *Des dégénérescences psychiques et du délire des persécutions.* In *Riv. sperim. di fren. e di med. leg.*, 1885, fasc. 2 et 3.

Tardieu. — *Étude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872.

Tarnowsky. — *Inversions du sens génital.* In *Messager de psych. clin. de Saint-Pétersbourg*, déc. 1884.

Teed. — *Esprit, folie et criminalité.* In *Journ. of nerv. and. ment. diseases*, janvier 1880.

Ten Kate et Pavlosky. — *Sur quelques crânes de criminels et de suicidés.* In *Rev. d'Anthrop.* janvier 1881.

Thulié. — *La folie et la loi.* Paris, 1867.

Tommasi. — *De l'impulsion irrésistible au vol. Il Morgagni*, 1879, nº 1.

Tonnini. — *La pazzia circolare.* In *Arch. ital. per le malatie nervose.* 1883, fasc. 4.

Trélat. — *La folie lucide.* Paris, 1861.

Urquhart. — *Absence congénitale du corps calleux chez une idiote de sept ans.* In *Brain*, oct. 1880. — *Case of microcephalic idiocy. Ibid.* juillet 1880.

Vignoli. — *L'hérédité du caractère d'après la doctrine générale de l'évolution.* In *Rivista di filosofia scientifica*, 1882, t. II, fasc. 4.

Voisin (Aug.). — Art. *Hérédité.* In *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1873. — *Leçons sur l'idiotie.* In *France médicale*, 1880, nºs 74, 78, 80, 81. — *Étude des penchants inférieurs. Ibid.* 1881, nº 2. — *Structure du cerveau chez certains idiots; arrêt de développement de la cellule cérébrale.* In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1878, nº 35.

Voisin (Félix). — *De l'idiotie.* Paris, 1843. — *Des causes morales et physiques des maladies mentales.* Paris, 1826.

Webber. — *Agoraphobia.* In *Boston med. and surgical journ.* 1872.

Westphal. — *Die conträre sexualempfindung.* In *Archiv für Psychiatrie*, 1870 et 1876. — *Die agoraphobie. Ibid.* 1872. — *Ueber Zwangsvorstellungen.* Berlin, 1877.

Westphal et Mendel. — *Discussion sur la folie morale.* Séance de la *Soc. de méd. de Berlin*, 21 janvier 1878.

Westphal et Wolff. — *La fille Franke, la voleuse d'enfants* (folie moralentée sur un fond d'imbécillité). In *Berliner Klin. Wochens.*, 31 mai 1880.

Wille. — *Observation de microcéphalie. Société méd. de Bâle*, 21 juin 1877. — *Etiologie de la paralysie générale progressive.* In *Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, février 1881, nº 3. — *Du diagnostic des affections mentales à leurs débuts. Ibid.*, 1 et 15 déc. 1879. — *Rapport médico-légal sur un fait de folie raisonnante.* In *Viertelj. f. gericht. med. und œffent. sanit.* XXX, janvier 1879.

William. — *Agoraphobia.* In *Boston med. and surg. Journal*, déc. 1872.

Wrench. — *Les effets d'une idée fixe*, etc. In *the Lancet*, 10 janvier 1880.

Zabé. — *Des aliénés incendiaires devant les tribunaux.* Thèse de Paris, 1867.

FIN.

INDEX ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

Avant-propos.. I-IV

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES HISTORIQUES ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Dans l'état normal comme dans l'état morbide « l'hérédité c'est la loi ». — Diathèse vésanique. — Résultats des statistiques. — Conditions multiples de l'hérédité. — Critique des folies diathésiques. — Hérédité de métamorphose. — Consanguinité. — Sélection morbide. — Hérédité similaire. — Tendances au suicide. — Génie et Folie. — Distinction entre l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré. — Monomanies. — Folies raisonnantes et folies avec conscience. — Dégénérés de Morel. — Méthode de Magnan...................... 1-19

CHAPITRE II

ANOMALIES CÉRÉBRALES

Degrés infinis dans l'échelle des dégénérescences. — Trois types principaux : l'idiot, l'imbécile, le dégénéré. — Le crétinisme constitue une dégénérescence spéciale. — Anatomie et physiologie cérébrales. — Rapport naturel entre l'organe et la fonction. — Classification anatomo-physiologique des anomalies cérébrales. — Parallèle entre l'idiot, l'imbécile et le dégénéré, au triple point de vue physique, intellectuel et moral. — Manifestations similaires. — Physionomie variée des dégénérés : débilité mentale ; aptitudes remarquables ; défectuosités morales. — Le côté commun et caractéristique réside dans l'irrégularité, le manque d'équilibre des facultés.................... 20-35

CHAPITRE III

ÉTAT MENTAL DES DÉGÉNÉRÉS. — CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Terrain préparé pour la folie. — Caractères spéciaux du trouble mental : délire des sentiments et des actes sans réaction apparente sur l'intelligence. — Aliénés persécuteurs. — Tendances instinctives : Observation I. — Crime et Folie. — Le crime n'est-il pas la conséquence d'un défaut matériel et inéluctable de l'organisme? — Irresponsabilité. — Impulsions et obsessions conscientes. — Critique de la doctrine des monomanies, des folies raisonnantes et des folies avec conscience. — Caractères généraux de l'aliénation héréditaire. 36-60

Observation I : Folie héréditaire. — Suite non interrompue d'excentricités et d'actes délirants désignés sous le nom de monomanies, de manie raisonnante.. 39

CHAPITRE IV

SYNDROMES ÉPISODIQUES DES HÉRÉDITAIRES

Craintes. Superstitions. Obsessions. Impulsions. — Topophobie. Claustrophobie. Agoraphobie : Observation II. — Maladies de la volonté. — Critique de la folie du doute avec délire du toucher. — Nature dégénérative de ces tendances : Observation III. Observation IV. Observation V. — Bélénophobie. — Arithmomanie. Onomatomanie : Recherche angoissante du chiffre et du nom. Observation VI. Observation VII. Observation VIII. Répétition irrésistible du nom. Echolalie. Coprolalie. Observation IX. Observation X. Observation XI. Crainte du mot compromettant. — Conservation de l'intelligence ; lutte intérieure. — Interrogation mentale : Observation XII. Observation XIII. — Amour exagéré des animaux : végétariens ; antivivisectionnistes. Observation XIV. — Monomanies instinctives. Caractère automatique et involontaire des actes impulsifs. Analogies et différences. — Kleptomanie — Pyromanie. — Impulsions homicide et suicide : Observation XV. — Dipsomanie. — Sitiomanie. — Anomalies, perversions et aberrations sexuelles : Erotomanie. Nymphomanie. Satyriasis. Exhibitionnistes. Inversion du sens génital, etc. — Observation XVI. Observation XVII. — Classification générale des syndromes épisodiques.. 61-158

Observation II : Idées mystiques et hypochondriaques. — Troubles de la sensibilité générale. — Lucidité apparente. — Impulsions diverses. — Agoraphobie.. 66

Observation III : Scrupules. — Appréhensions. — Délire du toucher. — Lucidité.. 72

Observation IV : Hérédité double et convergente, presque similaire.

Nervosisme du grand-père maternel. Mélancolie du père : obsessions, recherche anxieuse du nom. Mère hystérique, bizarre : craintes diverses, topophobie. Tante maternelle très nerveuse : tendances au mysticisme. — Impressionnabilité dès l'enfance et l'adolescence. — Début des accidents morbides actuels, en 1876 : superstitions, terreurs, répugnances, obsessions, délire du toucher, agoraphobie, topophobie, onomatomanie, impulsions. — Paroxysmes. — Conscience de son état.. 77

Observation V : Hérédité. Névropathie du père et de la mère. Tante maternelle, mélancolique hypochondriaque. Accidents nerveux durant la gestation de la mère. — Signes physiques de dégénérescence. — Dès la puberté, changements dans le caractère. Craintes, irrésolution. — Mélancolie anxieuse. — Paroxysmes. — Conscience de son état. — Délire du toucher : craintes des épingles, des boutons de porte, du verre cassé, du jais, du mastic de vitrier, de la porcelaine, etc. — Superstitions.. 82

Observation VI : Névralgie intercostale. — Préoccupations hypochondriaques. Chagrins violents. — Besoins irrésistibles de retrouver des mots ou des phrases ; angoisses, désespoir jusqu'à la découverte de ces mots.. 87

Observation VII : Mère très émotive. — Déséquilibration mentale. Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom. — Mesures de prévoyance : cahier, *bottin*. — Recherche angoissante des physionomies et des traits.............. 89

Observation VIII : Hérédité morbide ; dégénérescence mentale ; déséquilibration dès l'enfance. — A dix-huit ans, accès mélancolique. Plus tard, perversions sexuelles. — Recherche angoissante du mot. Recherche angoissante du nombre. — Rires et pleurs involontaires analogues aux tics. — Doutes sur l'infini. — Périodes dépressives irrégulières, dans tout le cours de la vie ; tendances au suicide dans les dernières années.. 92

Observation IX : Hérédité ; tic convulsif chez le père ; une tante aliénée. — Dès l'enfance, incoordination motrice ; plus tard impulsions spéciales : coprolalie, écholalie.. 97

Observation X : Hérédité convergente. — Déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal. — Syndromes épisodiques : incoordination motrice, coprolalie, craintes, impulsions dangereuses, perversions sexuelles. — Coexistence de plusieurs délires de nature différente : folie héréditaire, délire épileptique, délire alcoolique............. 100

Observation XI : Hérédité vésanique. — Nervosisme depuis l'enfance. — Obsessions et impulsions multiples. Coprolalie.................. 105

Observation XII : Folie du doute. — Interrogations anxieuses. — Superstitions. — Délire du toucher.................................... 111

Observation XIII : Hérédité névropathique. — Tendances mélancoliques dès le jeune âge. — Tic convulsif. — Obsessions hypochondriaques. — Anxiété. — Paroxysmes. — Conscience de son état............ 113

Observation XIV : Hérédité vésanique. — Préoccupation incessante pour l'animal et indifférence pour l'homme........................ 121

Observation XV : Hérédité congestive. — Mélancolie impulsive. — Périodicité des accès (quatre en dix-huit ans). — Manifestations successives : d'abord obsession simple, craintes diverses. — Aux troisième et quatrième accès, impulsions au suicide. — Cherche un appui dans son entourage pour résister à l'impulsion.................... 131

Observation XVI : Hérédité névropathique. Mère hystérique. Un frère aliéné; un autre porté à la mélancolie. — Caractère irrésolu; manque d'équilibre des facultés. — Anomalie sexuelle par défaut........... 139

Observation XVII : Hérédité morbide convergente. — Intelligence mal équilibrée; conformation vicieuse du crâne; à quinze ans, obsession impulsive le poussant à voler des tabliers blancs pour se masturber; rêves de tabliers blancs; quelquefois couche avec le tablier blanc; trois condamnations pour vol de tabliers blancs; ordonnance de non-lieu pour le dernier vol. — Dépression mélancolique; tendances au suicide.. 144

CHAPITRE V

DU DÉLIRE CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS

Aptitude et précocité délirantes. — Cortège symptomatique spécial : le délire s'installe d'emblée sous des formes multiples (ambitieuse, mystique, mélancolique, hypochondriaque), sans tendance à l'évolution systématique; prédominance des actes impulsifs; marche irrégulière. — Parallèle entre cette évolution et celle du délire chronique : Observation XVIII. Observation XIX. — Forme maniaque : Observation XX. — Forme mélancolique : Observation XXI. — Folies intermittentes : Observation XXII. Observation XXIII. — Alcoolisme. — Névroses convulsives. — Paralysie générale. — Lésions cérébrales circonscrites : Observation XXIV................................ 159-213

Observation XVIII : Hérédité; disproportion d'âge des parents; mère très nerveuse. Oncle maternel halluciné. Frère du malade halluciné et persécuté. Sœur portée à la mélancolie. — Dès l'enfance et la puberté, tendances mélancoliques. — En novembre 1882, syphilis. — Pas d'alcoolisme. — Délire presque subit à évolution rapide. Phases diverses : vers la fin du mois d'avril 1883, idées de persécution, tentative de suicide (persécution politique). En juin, interprétations bizarres et fantastiques (persécution de famille). Au mois de juillet (persécution religieuse), pour la première fois, les hallucinations se montrent (d'abord voix intérieures, puis voix extérieures); parfois visions lumineuses; systématisation du délire; craintes et idées mystiques. — Depuis le mois de septembre, disparition progressive des accidents. Paroxysmes de plus en plus rares. Hallucinations de l'ouïe unilatérales. — Au mois d'août 1884, deuxième accès, mais diffférent du premier : absence d'hallucinations; alternatives d'excitation et de dépression; tendances impulsives conscientes (homicide, suicide, répétition irrésistible du mot, écholalie). — Période d'exal-

tation avec idées ambitieuses. — En dernier lieu, interprétations délirantes de nature mélancolique. Actuellement amélioration...... 164

Observation XIX : Hérédité double ; mère névropathe ; oncle paternel aliéné. — Signes physiques et intellectuels de dégénérescence. — Modifications dans le caractère, dès l'enfance, plus appréciables à la puberté. — Délire multiple : ambitieux, mystique, de persécution. Pas de tendance à la systématisation. Hallucinations de l'ouïe. Impulsions violentes et instinctives. — Pas d'alcoolisme............. 183

Observation XX : Signes physiques de dégénérescence. Paralysie infantile. — Délire ambitieux généralisé. Excitation maniaque. Parfois sensiblerie. Récriminations. Impulsions violentes et instinctives contre l'entourage.. 188

Observation XXI : Hérédité vésanique convergente. — État mélancolique et hypochondriaque. Impulsions au suicide. Pas d'hallucinations. Conscience de son état..................................... 191

Observation XXII : Hérédité névropathique. — Folie rémittente. — État mélancolique alternant avec un état maniaque. Accès : dépression-excitation-intermittence. — Deux accès se succèdant dans le même ordre, le premier en 1880, le second en 1882................ 195

Observation XXIII : Hérédité vésanique ; père aliéné. — Dispositions nerveuses se montrant dès la jeunesse. — Folie intermittente. — Alternatives d'excitation et de dépression : avant 1866, de vingt à vingt-cinq ans, deux accès maniaques. De 1866 à 1875, trois accès débutant par de l'exaltation et laissant la malade apathique. En 1875, accès maniaque. En 1878, nouvel accès d'agitation. En 1879, accès mélancolique. En 1881, accès maniaque brusque auquel a succédé de l'apathie et de l'indifférence..................................... 197

Observation XXIV : Hérédité névropathique. — Stigmates physiques et psychiques de dégénérescence, apparaissant dès l'enfance. — Modifications du caractère et des tendances, surtout vers la trentième année : vie dissipée. Syphilis vers la même époque, en 1878. En 1880, hémiplégie gauche améliorée par un traitement spécifique. — Lésion cérébrale circonscrite. État mental avec alternatives d'excitation et de dépression, de délire ambitieux et de délire mélancolique. En 1882, délire ambitieux. En 1883, accès mélancolique et hypochondriaque. Au mois de septembre 1883, alternance régulière des idées dépressives et des conceptions ambitieuses, pendant plusieurs jours. Plus tard, mélange des deux formes délirantes. — Démence progressive... 206

Conclusions... 214

Tableau synoptique... 218

Bibliographie... 219

Index analytique des matières... 229

5062-55. — Corbeil. Typ. et Stér. Crété.

du prisme, Baudry. — Vision centrale et acuité visuelle, Leroy. — Anatomie de la rétine, Ranvier. — Usages du trou sténopéique, Charpentier. — Œil du protée, Desfosses. — Influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, Charpentier. — Appareil suspenseur du cristallin, Hocquard et Masson. — Distinction des points noirs sur fond blanc, Charpentier. — Myopie, Landolt. — Anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil, Motais. — Perceptions successives, Charpentier. — Couche pigmentaire de l'iris, Boé. — Intensités lumineuses, Charpentier. — Adaptation rétinienne, Charpentier. — Méthode polarimétrique, Charpentier.

Thérapeutique et médecine opératoire. — Blépharoplastie, Landolt. — Traitement du décollement de la rétine, Dianoux. — Section optico-ciliaire, Poncet et Landolt. — Élongation du trijumeau, Panas. — Cure du strabisme par les mydriatiques et myotiques, Boucheron. — Peroxyde d'hydrogène, Landolt. — Iodoforme, Manolescu. — Strychnine et courants constants, Ellaby. — Strabisme monolatéral, Abadie. — Anesthésie en oculistique, Gayet. — Iridosclérotomie, Panas. — Cocaïne, Landolt. — Thermocautère dens le trichiasis, Terrier. — Amplitude de convergence, Landolt. — Extirpation de la glande lacrymale en totalité, Badal. — Opérations pratiquées sur les paupières, Landolt. — Ténotomie de l'oblique inférieur, Landolt. — Traitement du ptosis, Panas. — De la greffe oculaire, Terrier. — Opération de Badal, Lagrange. — Recherches anatomiques sur les opérations du strabisme, Kalt. — Notre blépharostat perfectionné, Landolt. — Seringue à lavages, Panas.

Annexes de l'œil. — Anatomie pathologique du ptérygion, Poncet. — Paralysie du moteur oculaire externe, Panas. — Mouvements des yeux, Landolt. — Angiome caverneux de l'orbite, Eloui. — Larmes de sang, Damalix. — Dermoïdes, Vassaux. — Sarcome de la paupière, Eperon. — Exostoses fronto-orbitaires, Panas. — Kystes huileux, Vassaux et Broca. — Ophtalmie rhumatismale, Terrier. — Sarcome mélanique de la conjonctive, Lagrange. — Lymphadénomes des deux orbites, Delens. — Tumeurs symétriques des deux orbites, Gayet.

Réfraction et sens chromatique. — Achromatopsie totale, Landolt. — Champ visuel des couleurs, Macé et Nicati. — Essence de l'hypermétropie manifeste et latente, Schrœder. — Perception des couleurs à la périphérie, Charpentier. — Myopie, Landolt. — Détermination du sens lumineux et chromatique, Miéville. — Degrés élevés de myopie à l'image droite, Eperon. — Amplitude de convergence, Landolt. — Perception monoculaire des grandeurs et des formes apparentes, Leroy. — De la kératoscopie, Leroy. — Hémiachromatopsie absolue, Eperon. — Champ de fixation monoculaire, Kahn. — Daltonisme, Favre. — Skiascopie, Chibret.

Cataractes. — Cataracte nucléaire de l'enfance, Panas. — Choix du meil-

leur procédé d'extraction, PANAS. — Extraction antiseptique de la cataracte BETTREMIEUX. — Technique de l'opération de la cataracte, CHIBRET. — Cataracte traumatique, BOÉ.

Maladies du globe et des membranes. — Staphylome intercalaire, DESFOSSES. — Pannus granuleux, PONCET. — De l'expulsion totale de l'iris, GAYET. — Dilatation des lymphatiques péricornéens, NUEL. — Plaques épithéliales de la cornée, HOCQUARD. — Kératite interstitielle diffuse, PANAS. — Kératite professionnelle, BELLOUARD. — Ophtalmie diphtéritique, BARETTE. — Conjonctivite purulente, HÜBSCHER. — Microphtalmie et glaucome, HOCQUARD et MASSON. — Hypohémas, BROCA. — Tuberculose du tractus uvéal, EPERON. — Atrophie du globe, HOCQUARD et MASSON. — Tuberculose de la cornée, VASSAUX et PANAS. — Infection de l'œil, CHIBRET. — Processus inflammatoire de l'œil, VALUDE. — Traitement du kératocone, PANAS. — Essai sur l'atrophie du globe oculaire, GAYET et MASSON. — Staphylomes cornéens et synéchies antérieures, ABADIE. — Dermo-épithéliome de l'œil, PARINAUD. — Syphilis oculaire, BADAL.

Fond de l'œil et centres nerveux. — Goitre exophtalmique, PANAS. — Névrite optique, ABADIE. — Myxome fasciculé du nerf optique, PONCET. — Champ visuel, STOEBER. — Rétinite congénitale, GAYET. — Héméralopie, DOR. — Persistance d'artère hyaloïdienne, VASSAUX. — Héméralopie congénitale, CHIBRET. — Altérations pigmentaires de la rétine, DE LAPERSONNE et VASSAUX. — Phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des sinus caverneux, DE LAPERSONNE. — Paralysies nucléaires, BLANC. — Affections hystériques des muscles oculaires, BOREL.

PANAS, professeur de clinique ophthalmoscopique à la Faculté de médecine de Paris, etc., et le docteur A. REMY. **Anatomie pathologique de l'œil.** 1 vol. in-8 avec 26 planches, dont 6 en chromolithographie. 1879. . . . . 12 fr.

PANAS. **Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil**, comprenant l'iritis, les choroïdites et le glaucome, dirigées et publiées par L. KIRMISSON. 1 vol. in-8 avec 11 figures dans le texte. 1878. . . . . . 5 fr.

PANAS. **Leçons sur les rétinites**, rédigées et publiées par Armand CHEVALLEREAU, interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte et deux planches en chromolithographie. 1878. . . . . 6 fr.

PANAS. **Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal**, comprenant la glande lacrymale et les voies d'excrétion des larmes, rédigées et publiées par le docteur G. CHAMOIN. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. 1877. . . . . 5 fr.

PANAS. **Leçons sur les kératites**, précédées d'une étude sur la circulation et la nutrition de l'œil et de l'exposé des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général, rédigées et publiées par le docteur BUZOT. 1 vol. in-8 avec figures. 1876. . . . . 4 fr.

PANAS et LOREY. **Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus**, etc. 1 vol. in-8 avec figures. 1873. . . . . 5 fr.

PANAS. **Conférences cliniques d'ophtalmologie** sur l'aspect ophtalmoscopique de la macula, le numérotage métrique des verres, l'atrophie blanche de la papille, les troubles papillaires dans les affections cérébro-spinales, la rétine pigmentaire, rédigées et publiées par Armand CHEVALLEREAU. In-8. 1877. . 1 fr. 50.

LANDOLT. **Le grossissement des images ophtalmoscopiques.**

LANDOLT. **Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux**, faite à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur CHARPENTIER. 1 vol. in-8 avec 27 figures dans le texte. 1877. . . . . 6 fr.

LANDOLT. **Tableau synoptique des mouvements des yeux et leurs anomalies.** Une feuille in-plano avec figures. 1875. . . . . 1 fr. 50

WECKER et LANDOLT. **Traité complet d'ophthalmologie.** Anatomie microscopique par les professeurs J. Arnold, A. Ivanoff, G. Schwalbe et Waldeyer. (Cet ouvrage remplace la troisième édition du Traité de Wecker, prix Châteauvillard.)

Tome Ier *Maladies des paupières, maladies de la conjonctive, ophtalmométrologie*, etc. 1 fort vol. in-8 avec 252 fig. intercalées dans le texte et 2 pl. (1880). 17 fr.

Tome II. *Maladies de la cornée, maladies du tractus uvéal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome, maladies du cristallin.* 1 vol. in-8, avec 217 figures intercalées dans le le texte (1886). . . . . 17 fr.

Tome III. *Réfraction et accommodation, amblyopies et amauroses, anomalies des mouvements des yeux*, etc. 1 vol. in-8°, avec 177 fig. inter. dans le texte (1886). 17 fr.

Tome IV. *Maladies de la rétine, du nerf optique, de l'orbite et des voies lacrymales*, etc. 1 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte (1886). . . . . 17 fr.

FOLLIN. **Leçons sur les principales méthodes de l'exploration de l'œil malade**, et en particulier sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux, rédigées et publiées par Louis THOMAS, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8 de 300 pages avec 70 figures dans le texte et deux planches en chromolithographie, dessinées par Lackerbauer. 1863. . . . . 7 fr.

BADAL, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc. **Clinique opthalmologique**, 1 vol. in-8 avec 14 figures dans le texte. 1878. . . . . 4 fr.

BADAL. **Leçons d'ophtalmologie**, mémoires d'optique physiologique. 1 vol. in-8 avec 19 figures intercalées dans le texte. 1881. . . . . 5 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophthalmologie, publiés par les soins du comité : MM. Abadie, Armaignac, Chibret, Coppez, Gayet, Meyer, Poncet, secrétaire. 1re année (1883). 1 vol. in-8. . . . . 4 fr.
— 2e année (1884). 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. . . . . 5 fr.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, libraires-éditeurs

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE

COMITÉ DE DIRECTION :

MATHIAS DUVAL
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'École d'anthropologie, membre de l'Académie de médecine.

GEORGES HERVÉ
Professeur adjoint à l'École d'anthropologie, secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris.

ABEL HOVELACQUE
Professeur à l'École d'anthropologie, ancien président du Conseil municipal de Paris.

CH. LETOURNEAU
Professeur à l'École d'anthropologie, secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris.

GABRIEL DE MORTILLET
Professeur à l'École d'anthropologie, ancien président de la Société d'anthropologie de Paris, membre de la Chambre des députés.

H. THULIÉ
Ancien président de la Société d'anthropologie, ancien président du Conseil municipal de Paris.

LA BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE

PARAIT PAR VOLUMES IN-8 DE 600 A 700 PAGES

IL PARAITRA UN VOLUME TOUS LES SIX MOIS

CETTE COLLECTION FORMERA ENVIRON VINGT VOLUMES

Tome Ier. — THULIÉ (H.). **La Femme. Essai de sociologie physiologique.** Ce qu'elle a été, ce qu'elle est. Les théories; ce qu'elle doit être. 1 vol. in-8, 1885. 7 fr. 50

Tome II. — DUVAL (M.). **Le D awinisme.** 1 vol. in-8 avec 7 figures intercalées dans le texte, 1886. 10 fr.

Tome III. — LETOURNEAU (CH.). **L'Évolution de la mo ale.** Leçons professées pendant l'hiver de 1885-1886. 1 vol. in-8, 1887. 7 fr. 50

Tome IV. — HOVELACQUE (A.) et G. HERVÉ. **P écis d'anthropologie.** 1 vol. in-8 avec 20 figures intercalées dans le texte, 1887. 10 fr.

Tome V. — VINSON (J.). **Les Religions actuelles.** 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

Tome VI. — MORTILLET (G. DE). **Origine des arts et de l'industrie.** 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

Tome VII. — Thulié (H.). **La Mystique.** 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

Tome VIII. — Hervé (G.). **Les Primates.** 1 vol in-8 avec figures dans le texte. (*Sous presse.*)

Tome IX. — Manouvrier (L.). **Craniologie humaine.** 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. (*Sous presse.*)

Tome X. — Sabatier. **La Sociologie de l'Algérie indigène.** 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

Tome XI. — Bordier (A.). **Pathologie comparée.** 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

D'immenses progrès dans toutes les branches des sciences naturelles ont marqué les trente dernières années. De ce grand mouvement est sorti tout le groupe des sciences anthropologiques. Pour ces dernières, la date de leur naissance, ou mieux de leur renaissance, peut être fixée en 1859, année où fut fondée la *Société d'Anthropologie de Paris* sur l'initiative de Paul Broca, et où parut l'*Origine des espèces* de Darwin. Depuis lors nous avons vu grandir et s'éclairer mutuellement l'*Archéologie préhistorique*, l'*Ethnographie*, la *Linguistique*, la *Science des religions*, le *Folk Lorisme* ou étude des traditions populaires, la *Pathologie comparée*, la *Sociologie*, surtout la *Sociologie ethnographique*.

C'est de ce faisceau scientifique ajouté à l'*Anatomie*, que se compose aujourd'hui l'*Anthropologie*. Cette science, si vaste, possède actuellement ses sociétés savantes, ses congrès, ses laboratoires, son enseignement, ses revues spéciales; mais elle n'a encore que fort peu d'ouvrages où les résultats généraux, acquis par elle, soient exposés d'ensemble et pour le grand public.

C'est à combler cette lacune que servira la *Bibliothèque anthropologique*. Dans une série de volumes, cette bibliothèque abordera successivement, non seulement toutes les branches, mais encore toutes les grandes questions anthropologiques, dont ne saurait plus se désintéresser aujourd'hui aucun esprit éclairé.

Confiés à des auteurs que recommande leur compétence spéciale, ces volumes contiendront chacun une vue d'ensemble sur le sujet traité.

Au point de vue de la doctrine, le Comité de la Bibliothèque veillera au maintien de l'homogénéité entre tous les ouvrages.

JACCOUD, professeur de clinique à la Faculté de Paris, etc. **Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié** (1883-1884). Tome Ier. 1 vol. in-8 avec 12 figures intercalées dans le texte. 1885. 13 fr.

JACCOUD. **Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié** (1884-1885). Tome II. 1 vol. in-8 avec 36 figures intercalées dans le texte. 1886. 15 fr.

JACCOUD. **Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié** (1885-1886). Tome III. 1 vol. in-8. avec 52 figures intercalées dans le texte. 1887. 14 fr.

JACCOUD. **Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire.** Leçons faites à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8. 1881. Broché, 10 fr. — Cartonné. 11 fr.

FOURNIER (Alfred), professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.** 2e édition. 1 fort vol. in-8 avec 8 planches en chromolithographie. 1881. 21 fr.

LECORCHÉ. médecin des hôpitaux, etc. **Traité théorique et pratique de la goutte.** 1 vol. in-8 avec 5 planches. 1884. 13 fr.

LECORCHÉ. **Du diabète sucré chez la femme.** 1 vol. in-8. 1886. 6 fr.

LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, etc., Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie** (ouvrage couronné par l'Institut de France). 2e édition, entièrement refondue. 1 fort vol. in-8 raisin, avec 9 figures intercalées dans le texte et 2 planches. 1886. 27 fr.

LEGRAND DU SAULLE. **Étude médico-légale** sur les testaments contestés pour cause de folie. 1 vol. in-8. 1879. 9 fr.

LEGRAND DU SAULLE. **Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire,** suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine. 1 vol. in-8. 1881. 8 fr.

RABUTEAU (A.). **Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie,** 4e édition, revue et augmentée. 1 fort vol. in-8 avec 58 figures intercalées dans le texte. 1884. 19 fr.

FONSSAGRIVES, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. **Traité de thérapeutique appliquée basé sur les indications,** suivi d'un Précis de thérapeutique et de pathologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage. 2e tirage augmenté d'un Appendice comprenant les progrès récents réalisés en thérapeutique. 2 forts volumes in-8. 1882. 24 fr.

FONSSAGRIVES. **Traité de matière médicale ou Pharmacographie, physiologie et technique des agents médicamenteux.** 1 vol. in-8 avec 241 figures intercalées dans le texte. 1885. 21 fr.

FONSSAGRIVES. **Formulaire thérapeutique à l'usage des praticiens,** contenant les notions et les formules relatives à l'emploi des médicaments, de l'électricité, des eaux minérales, de l'hydrothérapie, des climats et du régime. 1 vol. avec figures intercalées dans le texte. 1882. 4 fr. Cartonné. 4 fr. 50

FONSSAGRIVES. **Leçons d'hygiène infantile.** 1 vol. in-8. 1882. 10 fr.

FONSSAGRIVES. **Le rôle des mères dans les maladies des enfants,** ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin. 5e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8. 1883. 3 fr. 50

ESTRADÈRE. **Du massage,** son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8. 1884. 4 fr.

ERB, professeur à l'Université de Leipzig, etc. **Traité d'électrothérapie,** traduit de l'allemand par M. le docteur RUEFF. 1 vol. in-8 avec 39 figures intercalées dans le texte. 1884. 13 fr.

DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants malades, etc. **Manuel de pathologie et de clinique infantiles.** 1 vol. in-18. 1884. 12 fr.

AUDHOUI, médecin de l'hôpital de la Pitié, **Traité des maladies de l'estomac.** 1 vol. in-8. 1883. 6 fr.

VIRY, médecin-major de 1re classe, etc. **Manuel d'hygiène militaire,** suivi d'un Précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin. 1 vol. in-18 avec 42 figures intercalées dans le texte. 1886. 4 fr.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2

JACCOUD, professeur de cli-

5082-85. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.

